

AUS DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK
DER
JOHANNES-GUTENBERG-UNIVERSITÄT MAINZ

FELDSSTUDIEN
ÜBER DIE
PERSÖNLICHKEIT DEPRESSIVER IN IHRER
NATÜRLICHEN SOZIALEN UMGEBUNG

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung der Würde des Doktors der Medizin
der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz
dem Fachbereich Medizin

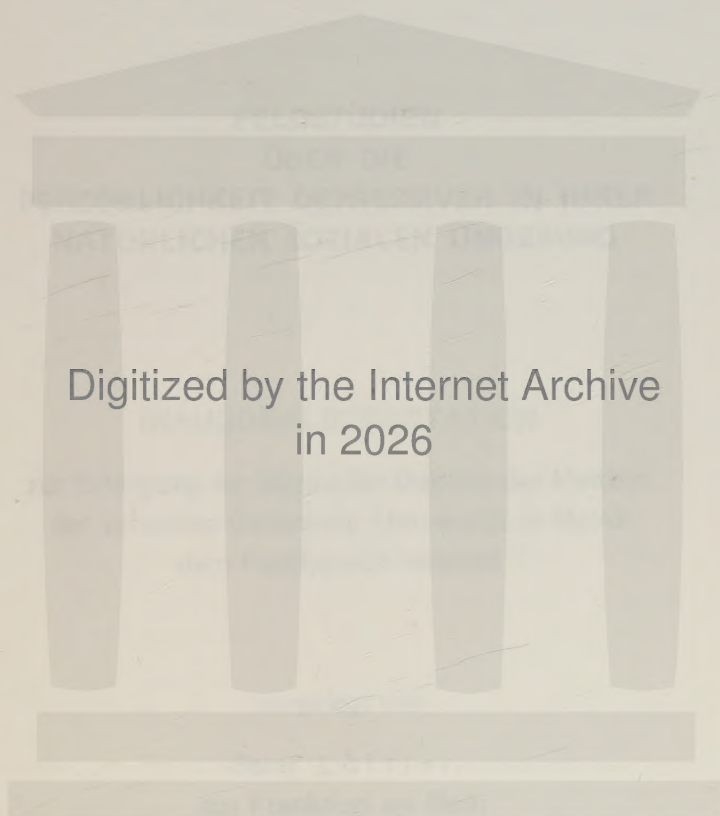
vorgelegt von

Peter Löffler
aus Frankfurt am Main

MAINZ 1979

1980

ALB DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK
DER
JOHANNES-GUTENBERG-UNIVERSITÄT MAINZ



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AUS DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK
DER
JOHANNES-GUTENBERG-UNIVERSITÄT MAINZ

FELDDSTUDIEN
ÜBER DIE
PERSÖNLICHKEIT DEPRESSIVER IN IHRER
NATÜRLICHEN SOZIALEN UMGEBUNG

INAUGURALDISSERTATION
zur Erlangung der Würde des Doktors der Medizin
der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz
dem Fachbereich Medizin

vorgelegt von

Peter L ö f f l e r
aus Frankfurt am Main

MAINZ 1979



Dekan: Professor Dr. H. Leithoff

1. Gutachter: Professor Dr. U. H. Peters

2. Gutachter: Professor Dr. D. Langen

Tag der mündlichen Prüfung: 18 3. 80

Inhaltsübersicht

I. Bekanntmachen des Lesers mit der Problematik des Themas, mit den Patienten und der Arbeitsweise

1. Einführung in das Beobachtungsfeld
2. Vorstellung der Patienten, ihrer Kontaktpersonen und des sozialen Rahmens
3. Erläuterung des Vorgehens bei dem Aufbau dieser Arbeit
4. Literaturüberblick

II. Feldstudien über die Persönlichkeit Depressiver in ihrer natürlichen sozialen Umgebung

1. Lebenslauf, soziale Herkunft und Familienstruktur
2. Ordnungssinn, Lebensplan, -ziel und Ich-Ideal
3. Das Angepaßtsein an die sozialen Normen
4. Kontaktfreudigkeit und Kommunikationsfähigkeit
5. Ängstlichkeit und Angst
6. Aggressionen
7. Temperament
8. Suchtverhalten und Laster
9. Sexualität
10. Kriterien bei der Partnerwahl
11. Verhalten unter Streßbedingungen
12. Kompensationsmöglichkeiten und Abwehrverhalten

13. Persönlichkeitsveränderungen während
und nach der Erkrankung
14. Ergebnisse des FPI-Testes

III. Diskussion

IV. Zusammenfassung

V. Literaturverzeichnis

I. 1. Einführung in das Beobachtungsfeld

Der erste Kontakt mit den Patienten wurde in der Klinik aufgenommen, wo sie sich erst seit wenigen Tagen befanden. Dieser Umstand gestaltete die ersten Gespräche bei zwei Patientinnen schwierig und schleppend, weil sie noch unter einer großen inneren Spannung standen und einem Gespräch am liebsten ausgewichen wären. In diesem frühen Stadium bekam der Untersucher immer wieder - wenn er sich an einem Gespräch interessiert zeigte - die stereotype Antwort: "Das kann ich nicht, dazu bin ich nicht in der Lage." Dieses Verhalten gegenüber dem Besucher verkehrte sich in dem Augenblick in das Gegenteil, als die Patienten den tiefsten Punkt der depressiven Phase überwunden hatten. Dann zeigten sie sich interessiert, hilfsbereit und mitteilksam ("Jemandem, der darüber etwas schreiben will, muß man ja helfen.") und unterstützten die Kontaktaufnahme mit den übrigen Familienmitgliedern.

In krassem Gegensatz zu der eben beschriebenen langsamen Entwicklung der Beziehungen spielte sich die erste Begegnung mit einer Patientin ab, die sich gerade in einer manischen Phase befand: Sie ging auf den Untersucher zu, machte ihn auf seinen obersten, nicht geschlossenen Hemdknopf aufmerksam und überschüttete ihn mit einem Dutzend Geburts- und Lebensdaten sowie Adressen von sich, ihrem Ehegatten und ihren Kindern. Daher war der Verfasser nur selten gezwungen, Fragen zu stellen, um den familiären Hintergrund zu erhellen, vielmehr brauchte er nur kleine Anstöße geben, um wieder einen ganzen Berg an Informationen zu erhalten.

Eine weitere Ausnahme stellt in mancher Hinsicht der einzige männliche Patient der Untersuchungsreihe dar. Durch sein Verhalten im Verlauf der depressiven Phase ergaben sich Unterschiede gegenüber den Patientinnen.

Zu diesen Unterschieden gehört unter anderem, daß er dem Verfasser nicht gestattete, mit seinen Kindern zu sprechen, weil er seine Depressionen vor der Umwelt und selbst vor seinen Familienangehörigen - seine Ehefrau ausgenommen - zu verbergen versuchte. Dieses Verhalten, das bei den Patientinnen nicht festzustellen war, ergibt sich aus seiner Rolle als Familienoberhaupt, da er den Verlust dieser Funktion vor sich, vor seinen Kindern und der dörflichen Umwelt nicht eingestehen kann.

Dieses längere Ankämpfen gegen die Verstimmung und die Eigenschaft, die Depression nicht akzeptieren zu wollen, muß man im Zusammenhang mit den geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen der Gesellschaft sehen, die einer Frau erlauben, Schwäche zu zeigen, einem Mann jedoch nicht.

Nach dieser recht unterschiedlichen ersten Begegnung mit den Patienten nahm der Verfasser neben gleichzeitigen weiteren Besuchen dieser in der Klinik mit den Familienangehörigen zu Hause Kontakt auf, um einen Eindruck vom Ablauf des Familienlebens in Abwesenheit der Mutter bzw. Ehefrau zu bekommen.

So konnte er erstens die in Abwesenheit der betreffenden Person - wie sich später herausstellen sollte - offenere und wohl auch ehrlichere Meinung und Einschätzung zu verschiedenen Charakterzügen und Problemen des Familienlebens erfragen.

(Zum Beispiel bestätigt Frau Sch. ihrem Gatten, daß er zu Hause den Ton angebe, sie äußert aber als er nicht dabei ist: "Ich lasse ihn das so nach außen hin sagen, aber in wichtigen Dingen habe ich ein Wörtchen mitzureden." Daß seine patriarchalische Einstellung eine protektive Haltung zum Meistern seiner großen Unsicherheit ist, und daß seine Frau auf einigen Gebieten stärker ist als er zugibt, scheint er insgeheim selbst zu wissen, sonst würde er sich nicht ihr als einziger Person mit seinen Ängsten anvertrauen.)

Zum anderen konnte der Verfasser Vergleiche zwischen Familienstrukturen und -interaktionen mit und ohne Hauptperson anstellen. So gab ihm beispielsweise die Mutter von Frau R., die inzwischen die Rolle ihrer Tochter vollständig übernommen hatte, und die nach der Meinung ihrer Tochter mit ein Auslöser ihrer Depression war, folgenden Gruß an ihre Tochter in der Klinik mit auf den Weg: "Und sagen Sie ihr, sie soll sich genug Zeit lassen auf der Station und nicht zu früh zurückkommen, im Haushalt ist alles in Ordnung, das mache ich schon." Die Bedeutung dieses eigentlich ganz harmlosen Grußes für eine depressive Hausfrau läßt sich nur richtig einschätzen, wenn man Frau R.'s Rolle in der Familie und ihre Beziehung zur Mutter kennt: Sie hält sich in ihrem Haushalt für unentbehrlich und hatte im Verlauf der depressiven Verstimmung Schuldgefühle bekommen, da sie den zu hoch gesteckten Ansprüchen bei der Bewältigung der Alltagspflichten nicht gerecht werden konnte.

Die ersten Kontakte zu den Familienangehörigen gestalteten sich folgendermaßen: Fast alle Angehörigen begrüßten den Untersucher mit Skepsis, Vorbehalten, ja sogar Mißtrauen, das sich aber meist bald abbauen ließ.

Dieses anfängliche Mißtrauen (z.B.: "Zeigen Sie mir doch mal Ihren Studentenausweis!") hat viele Gründe. Einmal ist die Angst zu nennen, der Untersucher könnte einen Verhaltensfehler oder eine eventuell vorgekommene Ruppigkeit gegenüber dem jetzt leidenden Verwandten aufdecken und die Familienangehörigen moralisch für die Depression verantwortlich machen. Diese Furcht resultiert aus der Unsicherheit, mit der sich die Angehörigen auf die beginnende depressive Phase einstellen. Sie schwanken während dieser zwischen Zuspruch, Trösten und Drohen, weil sie nicht wissen, ob sie ihr nicht wiederzuerkennendes Familienmitglied für die Stimmungs- und Leistungsänderungen verantwortlich machen sollen. Diese Unsicherheit führt dazu, daß sie Bemerkungen machen wie: "Jetzt reiß' dich aber zusammen" oder "Flenn' doch nicht schon wieder", und daß sie sogar die mögliche Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus als Drohung ausstoßen.

Die letztgenannte Äußerung zeigt noch weitere Gründe für das Mißtrauen auf, nämlich das Unwissen und die falschen Vorstellungen über psychische Veränderungen (Herr Sch.: "Werd' ich jetzt schizophren?") und die großen Vorurteile, die selbst noch in Familien gegenüber der Psychiatrie herrschen, die schon Erfahrung im Umgang mit depressiven Angehörigen besitzen.

Auch war das mitgeführte Tonbandgerät bei dem ersten Interview ein Stein des Anstoßes, und es erforderte manchmal einige Überredungskunst, um die Vorbehalte auszuräumen. Diese schwanden aber meistens schon im Verlauf des ersten Gespräches.

I. 2. Vorstellung der Patienten, ihrer Kontaktpersonen und des sozialen Rahmens

Frau R. hat das vierte Lebensjahrzehnt begonnen, ist verheiratet, hat zwei Söhne, die 18 und 12 Jahre alt sind, und eine Tochter im Alter von 15 Jahren. Sie arbeitet halbtags als Sekretärin und versorgt den eigenen und den Haushalt der Schwiegereltern. Ihr Mann ist in einer Elektrofirma angestellt. Die Familie R. wohnt im eigenen Haus, das an das Haus der Schwiegereltern angebaut wurde. Die jetzige Depression ist ihre erste.

Frau R. berichtet, ihr Mann, der Einzelkind war, sei egozentrisch veranlagt, da er von seinen Eltern sehr verwöhnt wurde. Sie hätten ihm alle Schwierigkeiten aus dem Weg geräumt. "Er hat immer recht" und überlasse alle Besorgungen seiner Frau: "Dazu habe ich ja meine Sekretärin", womit er seine Frau meint.

Die Ehe sei mit ihm nicht leicht, da er so eigensinnig sei und sie bei Differenzen nicht mit ihm diskutieren könne. Dies habe einmal so weit geführt, daß beide zwei Tage lang miteinander nicht geredet hätten, bis sie dann bei dieser Auseinandersetzung nachgegeben habe. Sonst achte sie ihren Mann sehr, da er in Beruf fleißig sei, nicht rauche und trinke und abends zu Hause bleibe. Ihre Kinder liebe er sehr, und bei der Erziehung habe sie mit ihrem Mann keine Streitpunkte.

Ihr Mann habe ein mäßig gutes Verhältnis zu seinen Eltern, die im gleichen Hause wohnen. "Mit ernsthaften Problemen würde er aber nicht zu ihnen gehen."

Frau R.'s Verhältnis zu den Schwiegereltern sei zu Beginn der Ehe recht gut gewesen. Es habe sich aber im Laufe der Zeit verschlechtert: Sie bezeichnet den Schwiegervater als Choleriker und die Schwiegermutter

als schlampig und dickköpfig. Ihrem Schwiegervater gefalle es bei Frau R., da sie in der Wohnung Ordnung halte. Sie müsse den Haushalt der Schwiegereltern nebenbei noch mitführen.

Der älteste Sohn ist 18 Jahre alt, hat die mittlere Reife bestanden, ist z.Z. bei der Bundeswehr und möchte danach das Studium der Betriebswirtschaft beginnen. Frau R. beschreibt seine Jugend und Kindheit als unauffällig bis auf Erziehungsschwierigkeiten während der Schulzeit wegen Faulheit und Bockigkeit. Sie ging deswegen zu einer Erziehungsberatungsstelle. Er sei in seinem Charakter ihr nachgeraten und für einen jungen Mann zu weich.

Die Tochter (15 Jahre) ist Schülerin und ähnelt nach Frau R.'s Meinung mehr dem Vater. Sie mache sich Sorgen wegen beginnender Neigungen der Tochter zum anderen Geschlecht: "Man hat ja in diesem Alter selbst Erfahrungen gemacht, die man seiner Tochter ersparen möchte". Sie meint, die Tochter sei noch nicht alt genug, um schon einen Freund zu haben.

"Der jüngere Sohn ist mein Sohn", sagt Frau R.. Er ist 12 Jahre alt und geht zur Schule. Sie meint, er könne sich am besten in ihre psychische Verfassung hineinversetzen, da er sehr sensibel sei. Wenn er auch noch nicht alles verstehe, so fühle er doch, was in ihr vorgehe. Sie setze auf ihn große Hoffnungen, da sie in ihm in einigen Jahren eine Stütze haben werde, einen Menschen, dem sie sich anvertrauen könne. Wie bei dem Älteren Sohn ist sie auch bei ihm der Meinung, daß er in seinem Wesen für einen Jungen zu weich ist. Sie Sorge dafür, daß sein Tagesablauf mit Aufgaben für das Gymnasium und mit Sport ausgefüllt ist.

Der Vater von Frau R. ist aus dem Krieg nicht mehr zurückgekommen. Sie hat an ihn die besten Erinnerungen, da er sehr verständig und gütig gewesen sei, im Gegensatz zur Mutter, die streng und unwachgiebig war und auf diese Weise ihren Mann oft in Gaststätten getrieben habe. Sie erinnere sich an viele Auseinandersetzungen zwischen den Eltern.

Ihre Mutter habe sich nach dem Verlust des Mannes stark an sie gebunden, stärker als ihr lieb sei. Sie komme täglich nachmittags zu ihr, um ihr im Haushalt zu helfen, was sie aber nur zum Teil als Hilfe empfinde, da ihre Mutter sie mit Sorgen und Bedenken regelrecht überschütte. Als junges Mädchen sei sie oft nur ungern nach Hause gegangen, weil ihre Mutter häufig "mit kummervollem, nach innen gekehrtem Blick dagesessen" habe, worauf sie immer mit Angst reagiert habe. Die Mutter habe - ähnlich wie die Schwester und ihr Bruder - "eine pessimistische Lebenseinstellung", die sie in einigen Punkten mit ihnen teilen könne, zum Beispiel bei solchen Problemen wie Umweltverschmutzung, Kriege und Atombombe. Sie selbst sei aber bei alltäglichen Schwierigkeiten zuversichtlicher und bei Unternehmungen aktiver.

Gegenüber der Mutter und ihren Geschwistern habe sie die Funktion eines Prellbockes und eines Seelsorgers, sie verhielten sich ihr gegenüber so, als ob sie "ein starker Mensch" sei. Sie fühle sich aber diesen Erwartungen nicht gewachsen und könne sie nicht verkraften.

Die Schwester lebt jetzt mit der Mutter zusammen, nachdem ihre Ehe mit einem "primitiven Mann, der von ihr sexuelle Exzesse gefordert hat", gescheitert ist.

Ihre Schwester habe sich nicht aus eigener Initiative von ihm trennen können und habe sich mit der Bitte um Hilfe an Frau R. gewandt, die dann die Scheidung organisiert habe.

Ihr Bruder, der auch diese pessimistische Lebenseinstellung habe, sei mit einer "hysterischen Person" verheiratet. Er habe Kinder, die nach Frau R.'s Meinung von der Frau des Bruders zu antiautoritär erzogen würden. Diese Meinung teile mit ihr auch der Bruder, er könne sich jedoch gegen seine Frau nicht durchsetzen.

Anlässlich einer Geburtstagsfeier in der Familie R., zu der die Familie des Bruders eingeladen war, hätten die Kinder des Bruders die ganze Wohnung durcheinander gebracht, und es sei deswegen zu Handgreiflichkeiten zwischen den Eltern gekommen. Seine Kinder dürften jetzt nach dem Willen seiner Frau die Familie R. nicht mehr besuchen. Die Ehe funktioniere mehr schlecht als recht, die Eltern blieben aber wegen der Kinder zusammen.

Zwischen Herrn R. und Frau R.'s Bruder bestehen einige Differenzen, da er der Meinung sei, der Schwager sei faul. Sie erklärt, er sei gar nicht faul, ihr Mann habe sich aber einmal diese Meinung gebildet und von einer einmal gebildeten Meinung weiche er später keinen Zentimeter mehr ab. Eher sei ihr Mann faul, er schiebe alles vor sich her. Wenn z.B. einmal der Wasserhahn tropft und sie ihn bittet, ihn zu reparieren, so müsse sie mindestens vier Wochen warten, bis er etwas unternehme. In seinem Beruf sei er aber tüchtig.

Herr R. machte bei dem ersten Besuch einen sehr unsicheren Eindruck. Er eröffnete vor Jahren mit seiner Frau ein kleines Geschäft für Elektrobedarf, das er aber bald wieder aufgeben mußte, da der geschäftliche Erfolg ausblieb. Jetzt arbeitet er als Angestellter einer größeren Elektrohandlung.

Er schildert seine Frau als anfällig, wenig belastbar und ängstlich. Sie sei zu sehr angestrengt durch Beruf, Haushalt und die Verpflichtungen gegenüber der Verwandtschaft. Ihre letzten Kräfte seien bei dem Hausanbau verbraucht worden, bei dem sie sehr viel selbst mitgeholfen hätten. Danach seien ihre Angstgefühle und Schlafschwierigkeiten in verstärktem Maße aufgetreten. Jetzt, wo er wisse, daß seine Frau depressiv erkrankt sei, könne er sich einige Begebenheiten und Eigenarten von ihr besser erklären, die er schon in den ersten Ehejahren beobachtet habe. Auf näheres Befragen kann er aber diese Beobachtungen zunächst nicht konkretisieren. Gegen Ende des Gespräches kommt er noch einmal auf diesen Punkt zu sprechen und äußert, daß die sexuellen Beziehungen zwischen beiden sehr gestört gewesen seien. Als Grund gibt er an, sie habe einen sehr unregelmäßigen Zyklus gehabt und die Angst, Kinder zu bekommen, sei immer hemmend gewesen.

Daß die Mutter von Frau R. ihre Probleme in die Familie hineintrage, kann er bestätigen, er halte sie aber für eine wertvolle Hilfe im Haushalt.

Ernsthafte Schwierigkeiten in der Ehe werden von ihm verneint, und er stellt sein Eheleben wesentlich harmonischer dar als seine Frau.

Auffällig ist seine monotone Redeweise und die Tatsache, daß er - obwohl es gegen Ende des Gespräches schon völlig dunkel ist - kein Licht anschaltet, was ihm vermutlich das Gespräch über private Themen erleichtert.

Frau R.'s Mutter berichtet, die Kindheit und Jugend ihrer Tochter sei unauffällig und ohne besondere Vorkommnisse verlaufen bis auf einen Sturz, bei dem sie nicht ernstlich verletzt gewesen sei, den sie aber zum Anlaß genommen habe, die Tochter immer wieder vor zu wildem Spielen zu warnen und vor zu hektischen Spielgefährten zu schützen.

Sie macht auf den Verfasser den Eindruck, als messe sie der Depression der Tochter keine so große Bedeutung bei wie die anderen Familienmitglieder. Sie wirkt sehr gefaßt und läßt ihrer Tochter in der Klinik ausrichten, sie solle sich auf der Station nur Zeit lassen und nicht zu früh zurückkommen, im Haushalt sei alles in Ordnung, das mache sie schon.

Erwähnenswert ist die Beurteilung der Ehe ihrer Tochter: Sie falle nach dem Geburtsdatum in das Sternzeichen des Mars, Herrn R.'s Geburtsdatum in das des Mondes. Diese Konstellation habe nach einem für Eheleute erstellten Bewertungsschema von 1 - 6 nur die Note 4, die Ehe sei also nicht besonders glücklich, könne dies auch gar nicht sein.

Sie ernährt sich nur mit Nahrungsmitteln aus dem Reformhaus, heilt körperliche Beschwerden ausschließlich mit natürlichen Mitteln und Kräutern und konnte diese Lebensphilosophie weitgehend auf die ganze Familie ausdehnen. Sie ist überzeugt davon, daß ein gutes Mittel gegen Depressionen ein regelmäßiger Stuhlgang sei.

Der Tagesablauf gestaltet sich bei Frau R. folgendermaßen: Sie steht regelmäßig früh auf, geht vormittags einer Halbtagsbeschäftigung in einer Schulverwaltung nach, kommt zum Mittagessen nach Hause, das ihre Mutter schon bereitet hat, und trinkt nach dem Mittagsschläfchen, das täglich gehalten wird, mit ihrer Mutter eine Tasse Tee. Dann stürzen sich beide auf die Hausarbeiten und Frau R. beaufsichtigt die Schulaufgaben der Kinder. Abends besucht sie mit ihrem Mann den Sportverein oder sieht fern. Auch die Kinder werden angehalten, im Sportverein Volleyball und Tischtennis zu spielen, um in der Freizeit auf keine schlechten Gedanken zu kommen. Damit meint Frau R. depressive Grübeleien. Die Kinder seien durch den Sport abgelenkt und könnten während dieser Zeit keinen Unsinn machen.

Herr Sch. ist bald 50 Jahre alt und von Beruf Gärtner. Mit seiner Frau und seinen beiden Söhnen wohnt er im eigenen Haus neben seiner Gärtnerei. Herr Sch. erzählt, daß ein Großvater väterlicherseits und eine Cousine auch manchmal depressiv gewesen seien. Sein Vater, der auch Gärtner war, sei im Gegensatz zu seiner Mutter sehr streng gewesen. Zu seinen beiden Schwestern habe er ein sehr gutes Verhältnis. Eine hat einen Gärtner in einem anderen Ort geheiratet, die andere ist bei ihm angestellt.

Er gibt an, mit seiner Frau gut auszukommen, sie sei ihm eine große Hilfe in der Gärtnerei.

Seine Rolle in der Familie definiert er selbst folgendermaßen: "Ich bin die Entscheidungsperson, die zwar nicht autoritär handelt, aber doch die Linie der Familie bestimmt. Meine Frau hat ein Mitspracherecht, das sich aber nicht auf finanzielle Entscheidungen erstreckt. Solange der Sohn in der Familie ist, hat er sich dem Familienstil anzupassen. Niemand beeinflusst mich, am ehesten mal meine Frau, aber eigentlich niemand."

Da Herr Sch. versucht, seine Depression mit Ausnahme seiner Frau vor der übrigen Familie mit dem Vorwand, eine Kur zu machen, zu verbergen, bestand nur die Möglichkeit, ihn und seine Frau, die immer recht kurz angebunden war und schnell zu ihrer Arbeit zurückkehren wollte, zu befragen. Als Erklärung, warum er sich seinen 16 und 22 Jahre alten Söhnen anzuvertrauen scheue, sagte er nur: "Nein, das möchte ich halt nicht." Sicherlich ist für ihn entscheidend, daß seine väterliche Autorität nicht geschmälert wird ("Ich gebe die Kommandos.").

Der ältere Sohn sei dem Vater nachgeraten, studiert im 7. Semester Rechtswissenschaften; er habe immer gut gelernt und sei kirchlich stark engagiert.

Der jüngere Sohn habe die Wesensart der Mutter geerbt, er sei "mehr für das Praktische" und mache gerade eine Gärtnerlehre. Herr Sch. sagt über ihn: "Der dauert mich heute schon, daß er Gärtner gelernt hat". Er habe aber die Lehre freiwillig begonnen: "Ich habe ihn extra in eine auswärtige Gärtnerei gegeben, damit ihm ein eventueller Absprung leichter fallen würde, wenn ihm die Sache nicht mehr zusagen sollte." Mit seinen Söhnen habe er keine großen Erziehungsprobleme.

Vor seinem Vater habe Herr Sch. eine große Achtung und sogar Angst gehabt. Dieser habe ihn viel in seiner Gärtnerei arbeiten lassen. Er sei immer froh gewesen, wenn er nachmittags noch Schulunterricht gehabt habe, weil er dann aus dem Bann des Vaters habe entfliehen können. Er sei oft mit großen Angstgefühlen von Unternehmungen wie Fußballspielen oder Geburtstagsfeiern nach Hause zurückgekehrt, wobei er sich immer habe fragen müssen: "Wie wird heute Vaters Stimmung sein?"

Der Vater habe ihn dann bei sich eine Lehre machen lassen, obwohl er für den Beruf des Gärtners gar kein Interesse gezeigt habe. Mit 16 Jahren sei er als Reichssieger bei einer Blumenausstellung geehrt worden und habe als Preis ein Stipendium gewonnen, worauf hin sein Vater gesagt habe, er würde ihm jetzt nichts mehr in den Weg stellen. Das Stipendium habe er aber nicht mehr

nutzen können, weil bald danach der totale Krieg ausgerufen wurde und er in den Krieg habe ziehen müssen. Mit 18 Jahren sei er in französische Kriegsgefangenschaft gekommen, die drei Jahre dauerte. In dieser Zeit sei seine Mutter gestorben und sein Vater erblindet, "und da mußte ich, ob ich wollte oder nicht, die Gärtnerei übernehmen".

Herr Sch. betont, daß er sich nach Aufgabe seines alten Bekanntenkreises (Oberschüler) lange Zeit an seine Frau und die "andere Gesellschaftsschicht" habe gewöhnen müssen. Er habe vor seiner Ehe Freundinnen gehabt, die zu dem Gärtnereibetrieb nicht gepaßt hätten.

Seine Partnerwahl war also stark geprägt von der Vorstellung, daß seine zukünftige Frau gut in eine Gärtnerei passen müßte. Er richtete seine Berufswahl auf seinen Vater aus und die Wahl des Ehepartners auf den Beruf, den er eigentlich gar nicht hatte erlernen wollen, was insgesamt eine Menge an Entfremdung, Entbehrung und Verdrängung erfordert hat.

Frau Sch. ist bei dem ersten Gespräch mit ihren Antworten sehr sparsam und bestimmt. Sie sagt, sie hätten keine großen Probleme, keine finanziellen Schwierigkeiten, sie empfinde die Freizeit und den Urlaub zwar als etwas kurz bemessen, dies würde ihr aber nicht viel ausmachen. Sie könne gut bis 20 Uhr arbeiten, sie würde dann bis 22 Uhr fernsehen und sei am nächsten Tag wieder fit.

Ihr Mann brauche gar keine Minderwertigkeitsgefühle entwickeln, er sei ja schließlich mal Reichssieger gewesen. Sie wisse manchmal nicht, wie sie sich bei seinen Depressionen verhalten solle, ob es richtiger sei, ihm zu sagen, er möge sich doch zusammenreißen oder ob sie ihm gut zureden müsse.

Der Tagesablauf von Herrn Sch. wird einzig und allein durch die Arbeit in seiner Gärtnerei bestimmt, die die Zeit von morgens bis spät in den Abend ausfüllt: "Nur das Geschäft, nur die Arbeit."

Er gibt an, er habe so gut wie gar keine Freizeit und sei letztes Jahr zum ersten Mal im Urlaub gewesen, in dem er fünf Tage in Österreich verbrachte.

Freitags gehe er zum Stammtisch und Kegeln, das er aber so oft wie möglich meide: "Wenn ich mich davor aus irgendwelchen Gründen drücken kann, dann gehe ich da alle drei Wochen hin. Mich zieht es in kein Wirtshaus, lieber bleibe ich zu Hause; was da manchmal für Probleme gewälzt werden!"

Frau Sch., eine korpulente diabeteskranke Mittfünfzigerin, wohnt als Hausfrau mit ihrem Mann, der in der Automobilbranche tätig ist, in einer mittelgroßen Stadt in einer Sozialwohnung. Ihr Sohn lebt mit seiner Frau in dem gegenüberliegenden Haus und ihre Tochter, die ebenfalls verheiratet ist, wohnt nicht weit entfernt in der gleichen Stadt.

Frau Sch. ist eine gute, um das Wohl der Familie sehr besorgte Mutter: "Ich habe mich immer hauptsächlich um meine Kinder gekümmert." Sie konzentriert sich ganz auf das Familienleben und hat außerhalb ihres häuslichen Milieus keine Interessen. "Am liebsten möchte sie uns den ganzen Tag um sich haben", äußert ihr Sohn, der das Familienleben und die Beziehungen untereinander für sehr gut hält. Er sagt, sie sei als Mutter sehr nachgiebig und leicht umzustimmen gewesen. Ungezügelter Äußerungen von Freude kenne er von ihr nicht, sie neige dazu, Probleme größer zu machen als sie wirklich sind. Bei Auseinandersetzungen sei sie leicht verletzbar, man dürfe sie nicht mit Worten angreifen, sonst warne sie: "Wenn ihr mich aufregt, geht mein Zucker hoch!" Sie habe eine ausgewogene Beziehung zu ihrem Mann, über den der Sohn sagt: "Gefühlskalt ist er nicht gerade, aber er ist nicht in der Lage, seine Gefühle auszudrücken, aber er meint es gut mit seiner Frau." Sie benutze manchmal ihren Diabetes als Entschuldigung für eigene Unzulänglichkeiten.

Ihre Tochter und ihr Schwiegersohn sind der Meinung, sie sei zu stark auf den Sohn fixiert, sie habe sich schon immer mehr mit ihm befaßt als mit der Tochter und habe ihn in seiner

Kindheit bevorzugt und verwöhnt. Da er jetzt im gegenüberliegenden Haus wohnt, kontrolliere sie seine Abfahrt und Ankunft und kümmerge sich zu viel um sein Privatleben.

Tochter, Schwiegersohn und Sohn fahren jeden Tag nach der Arbeit bei den Eltern vorbei und trinken eine Tasse Kaffee. Zu dieser Tageszeit lebe Frau Sch. erst richtig auf, und dieser Besuch sei für sie der Höhepunkt des Tages. Die Kinder empfinden diese Besuche in dieser Häufigkeit aber oft als Last und wollten sie schon manchmal einschränken, worauf ihre Mutter aber mit Traurigkeit und Vorwürfen reagiert habe. Dies sei für sie ein großes Problem, weil sich dieser Zustand ändern müsse. Ihre Mutter habe einzusehen, daß die Kinder, wenn sie erwachsen sind, sich vom Elternhaus trennen und eine eigene Familie gründen wollen und nicht jeden Tag zu Besuch kommen können. Ihre Mutter aber "kauft ein und kocht wie für eine ganze Kompanie".

Auch der Schwiegersohn und ihre Tochter sind der Meinung, daß Frau Sch.'s Mann ihr Anlehnungsbedürfnis nicht befriedigen könne. Die Erklärung sei, daß er zu kühl sei. Die Eltern hätten manchmal kleine Auseinandersetzungen wegen des Haushaltsgeldes, das sie bisweilen dazu verwende, den Kindern etwas Schönes zu kaufen und ihnen eine Freude zu bereiten. So wie der Sohn äußert sich auch die Tochter sehr positiv über das Familienleben: "Eine bessere Mutter hätte ich mir nicht wünschen können, sie hat immer für alles Verständnis gehabt."

Frau Sch. ist sehr stolz auf ihre Kinder, "weil sie so gescheit sind". Sie selbst habe den

Komplex, dümmer zu sein als andere und nicht richtig schreiben und rechnen zu können. Ihr Sohn meint dazu: "Sie ist nicht als intelligent zu bezeichnen, sie ist wirklich etwas einfältig."

Frau Sch. berichtet, ihre Schwägerinnen, die jeden Tag Kaffeeklatsch abhalten würden, hätten ihren Mann gegen sie aufgehetzt. Warum und womit sie ihn aufgehetzt haben sollen, ist von ihr konkret nicht zu erfahren, sie erzählt dies dem Verfasser aber im Zusammenhang damit, daß sie unehelich geboren sei und dies dürfte der Gesprächsstoff des Kaffeekränzchens gewesen sein. Ihr Mann habe früher oft an diesen Kaffeerunden teilgenommen, was sie in dieser Zeit ganz schwermütig gemacht habe. Später habe sie darauf bestanden, daß er diese Kontakte abbricht, "und das ist dann ein ganz anderes Leben geworden, er hat dann eingesehen, daß das falsch war dahinzugehen, und dann hab' ich gesagt: 'Hättest Du nicht auf die gehört, dann wäre alles ganz anders gekommen, dann wäre alles für mich leichter gewesen.' Damals hatte ich ein Magengeschwür gehabt".

Das Eheleben hält Frau Sch. aber sonst für sehr gut. Dies begründet sie folgendermaßen: "Die Hosen, die lasse ich meinem Mann an." Sie habe nur früher Schwierigkeiten gehabt, sich das Geld einzuteilen, weil sie zu viel für die Kinder ausgegeben habe, aber das sei inzwischen gelöst, sie bekomme jetzt ihr Haushaltsgeld immer von Woche zu Woche und verliere so nicht den Überblick.

Ihr Tagesablauf gestaltet sich folgendermaßen: Sie frühstückt gemeinsam mit ihrem Mann, der ihr anschließend das Insulin spritzt. Dann macht sie Einkäufe und bereitet das Mittagessen vor, das sie zusammen mit ihrer Tochter einnimmt, die täglich in der Pause zu ihr kommt. Der Höhepunkt des Tages sei für sie der späte Nachmittag, wenn die Kinder und der Schwiegersohn sie besuchen und bei ihr eine Tasse Kaffee trinken. "Gegen Abend wird es immer leichter." Damit meint sie die Besserung ihres seelischen Befindens, das sich typischerweise abends positiv verändert. Sie mache dann mit einer Nachbarsfrau und deren Hund einen kleinen Spaziergang. Abends sehe sie immer fern.

Frau Sch. hat nie Urlaub gemacht: "Da hab' ich kein Interesse dran, das ist mir zu fremd." Früher habe sie einige Male Verwandte besucht. "Wenn man älter wird, bleibt man gern zu Haus'." Sie ist der Auffassung, sie könne die Kinder nicht allein lassen. Der Kommentar der Tochter lautet: "Sie tut so, als ob wir noch in den Windeln lägen."

Früher habe sie gerne und gut gestrickt, aber jetzt habe sie keine Hobbys mehr: "Jetzt bringe ich nichts mehr zusammen." Sie sehe gern Familienfilme und Operetten im Fernsehen und lese mit Interesse Artikel über Prominente und Filmschauspieler. An Politik zeigt sie - wie alle anderen Patienten auch - kein Interesse.

Frau E., die bald siebzig Jahre alt wird, lebt mit ihrem Mann in einer mittelgroßen Stadt. Das Ehepaar E. hat zwei Söhne, die beide verheiratet sind und weit entfernt leben.

Frau E. verbrachte in ihrer Kindheit wegen Eheschwierigkeiten der Eltern viele Monate bei ihrer Großmutter väterlicherseits, die sie - obwohl sie sehr streng gewesen sei - "abgöttisch" geliebt habe. Ihr Vater sei sehr lieblos gewesen, und sie habe seinetwegen früh ihr Elternhaus verlassen. Ihre Mutter habe sie immer uneingeschränkt geliebt.

Auf Anordnung des Vaters habe sie, obwohl sie eine sehr gute Schülerin gewesen sei, schon vor der mittleren Reife das Lyceum verlassen müssen, um in seiner Schlachtereier und Metzgerei zu helfen. "Das war ein ganz grober Mensch." Als 15jähriges Mädchen habe sie morgens um fünf oder sechs Uhr auf den Schlachthof fahren müssen, was ihr vielleicht einen seelischen Knacks versetzt habe. Sie sei bei Auseinandersetzungen mit dem Vater zu ihrer Großmutter mütterlicherseits ("meine Vizemutter"), die in der Nähe wohnte, oder zu ihrer Tante geflüchtet. Ihr Mann, der von seinem Vater eine Reederei geerbt hatte, war von 1942 - 1947 im Krieg und in russischer Gefangenschaft. Er verlor durch den Krieg sein Unternehmen und wurde Angestellter.

Als ein Dienstmädchen von ihrem älteren Sohn schwanger war, mußte es abtreiben lassen. Dieser Vorfall habe der Frau E. einen so großen Schock versetzt, daß von dieser Zeit an ihre Regel ausgeblieben sei.

Was die Zukunft der Söhne betreffe, habe sie immer große Erwartungen gehabt und ihre erzieherischen Bemühungen hätten immer das Ziel gehabt, die Söhne etwas Ordentliches werden zu lassen.

Sie habe große Schwierigkeiten gehabt, eine neue Rolle in der verkleinerten Familie zu finden, nachdem die Söhne erwachsen und verheiratet waren. Herr E. berichtet: "Daß der ältere Sohn sich nach seiner Heirat weniger um die Eltern kümmerte, das hat sie sehr gewurmt." Herr E. bedauert, daß seine Frau immer mehr auf die Ratschläge anderer Leute gehört habe als auf seine: "Den Fehler hat sie heute noch."

Herr E. ist ein patriarchalischer Typ und betrachtet Alleingänge seiner Frau mit großer Skepsis. Er sagt, er habe manchmal aufpassen müssen, nicht unter ihren Pantoffel zu geraten, besonders in Phasen, in denen es ihr seelisch gut ging, die vielleicht auch schon manische Phasen waren, die aber als solche damals noch nicht erkannt und so ausgeprägt waren.

Andererseits habe sich in depressiven Phasen eine immer größere Abhängigkeit herauskristallisiert. Während sie die Umweltkontakte in dieser Zeit äußerst stark eingeschränkt habe, sei die Beziehung zu ihm stärker geworden, sie habe öfter nach ihm gerufen und konnte nur schlafen, wenn er an ihrer Seite lag.

Nur einmal am Anfang des Krieges sei ihre Ehe ernstlich gefährdet gewesen: "Sie hatte eine Phase, wo sie einen anderen Mann mehr liebte

als mich." Er habe in dieser Situation sehr hart reagiert und sie vor die Alternative gestellt, die Kinder vaterlos zu machen oder bei ihm zu bleiben. Sie habe sich dann doch schnell für ihn entschieden. "Vielleicht ist sie mir in dem langen Leben, das ich mit ihr führe, hundert Mal seelisch untreu geworden, aber körperlich glaube ich kein einziges Mal." Er liebe seine Frau auch heute noch sehr.

In den letzten Jahren sei seine Frau viele Monate in Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken gewesen, er könne aber auch sehr gut alleine leben. Manchmal unternehme er Ausflüge und erfülle sich Wünsche, die er in Begleitung seiner Gattin nicht in Angriff nehmen könne. Z.B. besuche er manchmal die Oper, die seine Frau nicht ausstehen könne.

Herr E. schildert den Beginn des Tagesablaufes in dem Haushalt der Familie E.:

"Das Frühstückstischchen muß immer prima gedeckt sein, sie hat schon hier einen Schönheitssinn bis dorthinaus entwickelt, immer nur das feinste Porzellan ordentlich plaziert. Dann kommt die Putzfrau und es wird geputzt und gekocht. Nach dem Essen halten wir einen schönen Mittagsschlaf." Der Nachmittag sei für die Hobbys reserviert, für das Klavierspielen und die Literatur, von der Theodor Storm und neuere Literatur bevorzugt werde, im Gegensatz zu Herrn E., der mehr die Klassiker liebe.

Im Urlaub sei Frau E. oft nach Norddeutschland gefahren, wo sie in ihrer Jugend fern vom Elternhaus schöne Zeiten verbracht habe. Jetzt fahre sie mit ihrem Mann gerne in den Schwarzwald.

I. 3. Erläuterung des Vorgehens bei dem Aufbau dieser Arbeit

Analog zu den bekannten Felduntersuchungen amerikanischer Autoren auf dem Gebiet der Schizophrenie (3) lautete die Zielsetzung dieser Arbeit, die Dynamik der endogenen Depression im Wechselspiel mit der Familie und dem sozialen Bezugsrahmen kennenzulernen, wozu vier Doktoranden jeweils vier Familien untersuchten, deren depressive Patienten, die sich mit der Untersuchung einverstanden erklärt hatten, folgende Voraussetzungen erfüllen mußten:

Es sollte sich um typische Fälle von endogener Depression handeln, und der Familien- und Verwandtenkreis sollte umfangreich und der Sache gegenüber aufgeschlossen sein.

Diese Voraussetzungen erfüllten 15 Frauen und ein Mann im Alter von 30 - 70 Jahren, die fast alle verheiratet waren.

Die Besuche bei den Patienten in der Klinik und bei den Familien zu Hause erstreckten sich in unregelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von etwa achtzehn Monaten. Die Gespräche wurden mit dem Einverständnis der Gesprächspartner auf ein Tonbandgerät aufgenommen, um während des Dialoges nicht durch das Anfertigen von Notizen gestört zu werden, um interessante Äußerungen in dieser Arbeit wörtlich zitieren zu können, wodurch die Objektivität vergrößert wird, und um das gewonnene Material nachträglich immer wieder abrufen und interpretieren zu können.

Das gesamte Interviewmaterial und die bei den Besuchen gemachten Erfahrungen und Beobachtungen wurden nach Themen geordnet, die sich aus dem Material selbst ergeben hatten. Anschließend wurde das Material wieder zu dem vorliegenden Modell zusammengesetzt, wobei durch die Interpretation Aussagen und Fakten deutlich werden sollten, die zwar schon im Material enthalten, aber nicht sofort erkennbar waren.

Die Interpretation der ersten Gesprächsprotokolle sollte Fragen aufwerfen, die durch weitere Gespräche neues Material liefern sollten, das wieder interpretiert werden mußte, um das methodische Ziel zu erreichen, nämlich in den hermeneutischen Zirkel hineinzugelangen. Dieser ist dazu geeignet, alle relevanten biographischen, charakterlichen, familiären und sozialen Fakten sichtbar werden zu lassen.

Daß diese Methode eine starke Eigendynamik besitzt, die unvorhersagbare Ergebnisse liefern, Voreingenommenheit strafen und vorgefaßte Pläne in Frage stellen kann, das beweist die Tatsache, daß das ursprüngliche Themenkonzept geändert werden mußte, um nicht wertvolles Material zu verlieren.

So gaben wir die Einteilung:

Persönlichkeit 1. des Vaters,
 2. der Mutter,
 3. der Geschwister,
 4. des Ehepartners

des Depressiven auf, gliederten neu und verteilten auf die vier Doktoranden:

1. Dingwelt,
2. Einstellung zur Krankheit,
3. Persönlichkeit,
4. Interaktionsmuster

des Depressiven in seiner natürlichen Umgebung.

Eine wertvolle und interessante Erweiterung erfuhr die Arbeit durch die Fragebogenstudie nach dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI), bei dem sich die Patienten auf einem Bogen selbst beurteilen und auf weiteren Exemplaren die Familienangehörigen die Patienten einschätzen mußten. Dadurch wurde es möglich, auch das Fremdbild des Depressiven zu ermitteln und Gemeinsamkeiten bzw. Divergenzen in der Beurteilung festzustellen.

Die in diesem Test enthaltenen Fragen beziehen sich auf Charaktereigenschaften wie Nervosität, Aggressivität, Depressivität, Erregbarkeit, Geselligkeit, Gelassenheit, Dominanzstreben, Gehemtheit und Offenheit.

Die Ergebnisse erlauben eine graduelle Einteilung in folgende Skalen:

- | | |
|-------------------------|----------------|
| - Extraversion | - Introversion |
| - Emotionelle Labilität | - Stabilität |
| - Maskulinität | - Femininität |

Die Doktoranden versuchten, ihre Arbeiten zeitlich zu koordinieren und ungefähr auf dem gleichen Entwicklungsstand zu halten, um die Diskussion während der Seminare für jeden fruchtbar gestalten zu können.

I. 4. Literaturüberblick

Wenn man sich - lediglich mit dem gängigen Lehrbuchwissen gerüstet - näher mit dem Thema "Endogene Depressionen" beschäftigen möchte, so ist zunächst das Buch "Über das Wesen melancholischen Erlebens und die Möglichkeiten der Beeinflussung" (23) zu erwähnen, in dem W. Schulte und seine Mitarbeiter auf wenig Raum ein tieferes Verständnis vermitteln. Einer Anleitung zu gezielter Diagnostik, Differentialdiagnose und einer Einteilung depressiver Krankheitsbilder ist eine Einführung vorangestellt, in der betont wird, daß es sich bei der Melancholie nicht nur quantitativ, sondern auch strukturell um etwas anderes handelt. W. Schulte vertritt die Ansicht, daß das Nichttraurigseinkönnen zum Kern melancholischen Erlebens gehöre. Es gebe nicht nur ein Anspruchsniveau des Willens, sondern auch ein solches des Gefühls, das hier nicht erreicht werden könne, was als quälend empfunden werde, worin ein eigentümliches Paradoxon liege. Im Zentrum stehe die erlebte Leblosigkeit, die empfindlich registrierte dynamische Reduktion, die als eigenes Versagen schuldhaft interpretiert werde. So entstehe die gegenstandslose Angst und eigentümliche innere Unruhe in seltsamem Gegensatz zu der äußeren Unbeweglichkeit.

Es folgen ein Kapitel über die Depression im Kindesalter, die als Ausdruck einer milieu-reaktiv entstandenen existentiellen Neurose gedeutet wird, und eines über somatische Depressionsbehandlung.

Von besonderem praktischen Wert und - wie sich bei dem Umgang mit den Patienten herausstellen sollte - konkretem Bezug erweist sich das Kapitel "Kriterien der Suizidalität". Der Autor warnt vor der alten "Weisheit": "Wer davon spricht, der tut es nicht." Die Kriterien der Suizidalität sind: Vorgekommene Suizide in der näheren Umgebung, frühere eigene Suizidversuche, ankündigende Äußerungen und Verhaltensweisen wie aggressive Drohungen, bittere Bemerkungen, aber auch heitere Bekanntgaben, Mitteilungen über Kämpfe gegen schwere Gedanken, Selbstbezeichnungen, Schuldgefühle, Angaben über den eigenen Unwert und die Behauptung, für niemanden von Interesse zu sein, und das Versperrtsein der Zukunft (fehlender Zukunftsentwurf). Die Frage nach getätigten Vorbereitungen zum Suizid sollte nicht gescheut werden, und alle Einzelheiten der suizidalen Gedankengänge und ihrer Abwehr seien zu besprechen, wobei man um einen tragenden Kontakt zum Patienten bemüht sein müsse.

Das letzte Kapitel "Über den Zugang zum melancholisch Kranken" beginnt mit der wenig ermunternden Feststellung, daß melancholisch Kranke von sich aus nichts dafür tun würden, daß eine Begegnung zustande kommt, daß der Impuls von der anderen Seite auszugehen habe und dann oft mit Verwunderung, Ablehnung und Mißtrauen beantwortet werden würde. Allein schon die krankheitsfreie Ausgangsstruktur des "Typus melancholicus" nach Aristoteles und Tellenbach (26) mit seiner peniblen Ordentlichkeit bei erhöhtem Selbstanspruch biete keine guten Voraussetzungen

für eine befriedigende Kommunikation. Schulte ermuntert aber denjenigen, der mit Depressiven Kontakt aufnehmen möchte, sich mehr Einwirkungskraft zuzutrauen, als der Kranke als vorhanden zu registrieren scheint. Gerade die melancholischen Patienten seien auf Begegnung angewiesen. Er propagiert ein unbeirrtes Dabeisein und -bleiben auf ihrem Weg durch und aus der Phase, da dies ganz sicher als wesentliche Hilfe empfunden werde. Bezugnehmend auf die einleitende Feststellung, daß Melancholische nichts dafür täten, daß eine Beziehung zustande kommt, schließt er mit der Ermunterung, es lohne sich, den ersten Schritt zu tun.

Das Buch "Endogene Depressionen" von J. Glatzel (7) eröffnet zahlreiche Zugänge zum Verständnis der Zykllothymie und bietet einen breiten theoretischen Hintergrund.

Der Einteilung der sog. Depressionszustände und der Definition des Zykllothymiebegriffes folgt ein Kapitel über die Psychopathologie der zykllothymen Verstimmungen. Es wird betont, daß es zykllothyme Primärsymptome als obligate, für die Diagnose unerläßliche psychopathologische Tatbestände nicht gebe. Es sei aber doch berechtigt, einen besonderen Erlebenswandel im Zentrum jeden zykllothymen Krankseins zu umschreiben. Dieser wird als Abwandlung der Situation definiert, die die Person und ihren psychologischen Lebensraum sowie das komplementäre Verhältnis beider zueinander umfaßt. Hierbei wird auf die Beachtung des kommunikativen oder relationalen Aspektes Wert gelegt.

Der zykllothyme Erlebenswandel gehöre zu dem transphänomenalen Bereich des zykllothymen Achsensyndroms, zu dem man selbst durch eine feinfühligke Exploration nur indirekt Zugang bekomme. Der phänomenale Bereich, dessen Beschreibung unmittelbar möglich ist, biete dem Untersucher die aktuellen Symptome an, die in den primär psychischen Aspekt des zykllothymen Achsensyndroms, nämlich die vitale Verstimmung, in den primär somatischen Aspekt, der die körperlichen Veränderungen umfaßt, und in den primär rhythmologischen Aspekt, womit Schlafstörungen und die Tages-schwankungen gemeint sind, unterteilt werden.

Es werden die das Wesen der Melancholie betreffenden Vorstellungen von v. Gebsattel besprochen, der die Schwermut als Ausdruck dafür ansieht, daß der Depressive innerhalb der Zeit hinter seiner eigenen Vollendung zurückbleibt, seine höheren und besseren Möglichkeiten nicht erreicht, und daß sich so seine Zukunftsbezogenheit verändere. Die depressive Symptomatik wird nach seinen Überlegungen als "Epiphänomen im Sinne von Bleuler" verstanden, als Reaktion des gesunden Teils der Psyche auf ein banales krankhaftes Geschehen.

Das Kapitel "Die Klinik der zykllothymen Verstimmungen" behandelt folgende Themen: Häufigkeit, Geschlechtsverteilung, Erkrankungsalter, Ätiopathogenese (Provokation, Genetik, biochemische Befunde, psychoanalytische Interpretation), Typologie, standardisierte Befunddokumentation, Verlaufsregeln, Selbstschilderungen, Prägnanztypen, die zykllothyme Verstimmung des höheren Lebensalters, Prognose und Suizidgefährdung, Systematik zykllothymen Verstimmungen.

In dem Abschnitt "Provokation zyklotyper Verstimmungen" wird betont, daß bei der Beurteilung der provozierenden Anlässe die Rede von Intensität und Heftigkeit sehr problematisch sei, und daß man vielmehr deren Qualität beachten müsse. Es müßten Erlebnisse und nicht Ereignisse beurteilt werden. "So wie die zyklotype Verstimmung zu ihrer Manifestation des Gegenübers bedarf, nur in der Kommunikation mit diesem Gestalt gewinnt und sich aus der Interaktion entwickelt, so muß das jeweilige Erlebnis hinsichtlich seiner klinischen und pathogenetischen Relevanz vor dem Hintergrund der jeweiligen Persönlichkeit gewertet werden. Es gilt demnach zu prüfen, welche Bedeutung der besonderen Erlebniskonstellation für den einzelnen Kranken zukommt, wobei immer von dem komplementären Verhältnis zwischen Person und Umwelt im weitesten Sinne auszugehen ist."

Provokation wird demnach als "Demaskierung einer kommunikativen Schwäche" definiert, "indem der Kranke, in eine bestimmte Situation gestellt, seine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur adäquaten und störungsfreien Situationsbewältigung entlarven muß".

Es folgt eine Besprechung der Konzeption des "Typus melancholicus" und der Begriffe "Inkludenz und Remanenz" nach TELLENBACH. Unter Inkludenz versteht er selbst "die Situation der Einschränkung, in welcher der melancholische Typus nicht mehr auf seine Weise des Leistens hin transzendieren kann, obschon darauf für ihn, von seiner Ordnung her, alles ankommt, "in der er es andererseits aber auch nicht aushalten kann".

Mit dem Begriff "Remanenz" ist das Zurückbleiben hinter dem eigenen Anspruch gemeint. Inkludenz und Remanenz beschreiben zwei pathogenetisch wichtige Situationen der endogen melancholischen Abwandlung. Anders formuliert kann man von einer "Rigidität des Rollenspiels" sprechen: "Vor diese Notwendigkeit zum Rollenwechsel gestellt, sie als Forderung erlebend ohne ihr genügen zu können, wandelt sich das Erleben ins zykllothyme Erleben. Es entwickelt sich jener oben dargestellte Erlebenswandel mit dem beschriebenen zentralen Thema der Schuldgewißheit".

Erwähnt werden muß noch die FREUD'sche Deutung: "So hat man den Schlüssel des Krankheitsbildes in der Hand, indem man die Selbstvorwürfe als Vorwürfe gegen ein Liebesobjekt erkennt, die von diesem weg auf das eigene Ich gewälzt sind."

Das Buch endet mit einer Darstellung der somatischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten.

In dem Buch "Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung" von W. SCHULTE und W. MENDE (24) werden folgende Schwerpunkte behandelt: Verlauf, Genetik, Klinik, Quantifizierungsfragen, transkulturelle Aspekte, Psychodynamik und Psychotherapie, Biochemie, Pharmakotherapie und sozialpsychiatrische Aspekte.

Die Arbeit von S. FLECK, A. CORNELLISON, N. NORTON und Th. LIDZ: "Wechselbeziehungen zwischen dem Klinikpersonal und den Familien", die sich auf Schizophrenie bezieht, kann dahingehend zusammengefaßt werden, daß eine Spaltung der Familie durch die Klinikeinweisung eine Dekompensation mit sich bringen kann, die dazu führt, daß sich

die Familienangehörigen zu Störfaktoren der Behandlung des aufgenommenen Patienten entwickeln können, indem eine zwanghafte Angst vor Trennung und innerfamiliäre Meinungsverschiedenheiten wirksam werden. Aus diesen Gründen postulieren die Autoren eine stärkere Rücksichtnahme des Klinikpersonals auf die Familienbeziehungen und eine planvolle Rückeingliederung des Patienten in die Familiensituation.

Von besonderem Interesse war die Lektüre der in den USA durchgeführten Feldstudien auf dem Gebiet der Schizophrenie, die für die eigenen Untersuchungen von der Arbeitsweise her beispielhaft sind. Th. LIDZ, S. FLECK, A. CORNELLISON und D. TERRY beschreiben in der Arbeit "Elternpersönlichkeiten und Wechselbeziehungen in der Familie" (14) die Methodik der Durchführung einer Feldstudie und analysieren das Familienleben unter den Gesichtspunkten der Dynamik einer Gruppe.

Th. LIDZ widerspricht in seinem Buch "Familie und psychosoziale Entwicklung" (11) der in jüngster Zeit oft geäußerten Auffassung, daß die Familie als Institution abzuschaffen sei, da sie angeblich die ihr gestellten Aufgaben im Zeitalter der Industrialisierung und Verstädterung nicht mehr erfüllen könne. Er ist im Gegenteil der Meinung, daß die isolierte Kernfamilie eher dazu geeignet sei, die Anpassung der Kinder an sich rasch wandelnde Gegebenheiten zu vollbringen, als die Großfamilie. Allerdings sei die Integrität der Familie eine unabdingbare Voraussetzung für die "Anpassungsfähigkeit des Menschen als auch die Kontinuität der Kultur als Träger seines Erbes an instrumentellen Techniken". Die Stabilität und

das Leistungsvermögen seien weitgehend von den Persönlichkeiten der beiden Ehepartner abhängig, die ihren eigenen kulturellen Hintergrund und die Ergebnisse ihrer Erfahrungen in die Ehe einbringen und Ergänzung und Bestätigung durch den Gatten im Familien - Sozialsystem suchten. Für die harmonische Entwicklung der Kinder seien folgende Voraussetzungen zu fordern:

Die Eltern müßten miteinander gegenüber den Kindern eine Koalition bilden, sie müßten angemessene geschlechtsspezifische Rollen übernehmen und drittens "fähig sein, Anpassungsweisen zu vermitteln, die in der Gesellschaft, in der die Familie lebt, instrumentell brauchbar sind". LIDZ betont folgendes besonders: "Die Fähigkeit zur Beherrschung und Lenkung seiner Triebe, zum Verständnis seines Selbst und zur Einstellung dieses Selbst auf Zukunftsziele, ja die Funktionsfähigkeit des Ichs im umfassenden Sinne ist aufs engste mit dem Erwerb der Sprache und der dadurch ermöglichten Kategorisierung der Erfahrung verbunden."

Das Kind sei auf das Erlernen gültiger und brauchbarer Bedeutungssysteme angewiesen. Die Behinderung der Sprachentwicklung, das Wecken von Mißtrauen gegenüber der Brauchbarkeit verbaler Kommunikation und die Übermittlung verworrener und entstellter Wortbedeutungen werden in Beziehung gesetzt zur schizophrenen Entwicklung der Kinder. Eine weitere Möglichkeit zu einer solchen Entwicklung zeigt die Studie "Spaltung und Strukturverschiebung in der Ehe" (13), die zu dem

Ergebnis kommt, daß innerfamiliäre Streitereien bis zur drohenden oder vollzogenen Scheidung mit einem höheren Prozentsatz an schizophrenen Kindern korrelieren. Die Kinder würden zu einer wechselnden Parteinahme gezwungen und verlören das beständige Identifikationsvorbild, worunter die kindliche Persönlichkeitsentwicklung leiden müsse.

Die Arbeit "Schizophrenie und Familie" (12) versucht eine Kommunikationstheorie der Schizophrenie zu entwickeln, wobei auf die Unterschiede zur individuellen Betrachtungsweise hingewiesen wird. Die Entwicklung einer Psychose vom schizophrenen Typ wird als Störung der familiären Interaktionen dargestellt. Die drei grundlegenden Wesenseigenschaften der familiären Sozialorganisation bestünden in der Entwicklung gemeinsamer starrer Mechanismen, dem Aufbau einer Pseudogemeinschaft und in der Entwicklung charakteristischer schizophrener Wesenszüge. Es wird die Verteidigung stereotyper Rollen in den Familien von Schizophrenen beschrieben:

Von jedem Mitglied der Gemeinschaft wird ein festgelegtes Rollenverhalten erwartet, was eine nahezu "mythische Auffassung von Funktion und So-Sein einer Familie" und eine Hemmung der Identifikation und Identitätsfindung zur Folge habe.

In dem Kapitel "Double - Bind - Hypothese und Dreierbeziehungen" beschreibt J. D. WEAKLAND parallel zueinander die Dreierbeziehungen Vater - Mutter - schizophrenes Kind und Arzt - Schwester - Patient und konstatiert

die in gleichem Maße mögliche Anwendbarkeit der Begriffe der "Doppelbindung", des "Rubber-Fence" und der Pseudogemeinschaft auf beide Gruppen.

Für das Vorhaben, die Testbögen des FPI den Patienten und ihren Angehörigen vorzulegen, waren die Ergebnisse des Artikels "Die Diagnostik der Familienbeziehungen mit einer Serie projektiver Tests" (25) interessant, die die Erfahrungen der Feldstudien bestätigen und die Übereinstimmung der Testergebnisse mit der Realität bescheinigen konnten.

BAER und LEHRL haben "Zyklothyme und ihre Angehörigen im gegenseitigen Urteil" (1) untersucht und herausgefunden, daß das Ideal- und Realbild, das die Depressiven während des Krankseins von ihren Angehörigen hatten, identisch waren, welches Ergebnis die Autoren als Idealisierung der gesunden Angehörigen durch den Kranken aus seinen Insuffizienzgefühlen heraus interpretieren. Dagegen wich das Idealbild vom Realbild, das die Angehörigen von den Patienten hatten, bei folgenden Eigenschaften ab: Unselbständigkeit, Traurigkeit, Schwäche, etwas verschlossen, etwas unausgeglichen, etwas feige und mißtrauisch. Die negative Beurteilung gelte vorwiegend der veränderten Emotionalität und der verminderten Leistungsfähigkeit.

In dem Buch "Eltern, Kind und Neurose" (20) beleuchtet H. E. RICHTER eine nicht direkt sichtbare Ebene, auf der die Eltern einen subtilen Einfluß auf ihre Kinder ausüben.

Das Thema des Buches sind die affektiven Bedürfnisse der Eltern, die die Rolle des Kindes in der Familie bestimmen, die zu deren eigener Konfliktentlastung dient. Die Rolle wird psychoanalytisch definiert als "Gesamt der unbewußten elterlichen Erwartungsphantasien von der Funktion des Kindes". Als Leitmotiv seien dabei die eigenen Konflikte der Eltern zu sehen. Die kindliche Rolle werde durch elterliche Übertragungen und narzistische Projektionen bestimmt. In dieser Rolle habe das Kind die Aufgabe, bei der elterlichen Konfliktbewältigung zu helfen. Übertragen werden könne z. B. eine Konfliktsituation aus früherer Zeit, das Kind könne mit einem früheren Partner verwechselt werden oder mit sich selbst, und es könne die Funktion eines erlösenden Wunderkindes oder im Gegenteil eines Sündenbockes übernehmen.

"Patient und Familie" (21) von H. E. RICHTER beschreibt "Typen von familiären Charakterneurosen": Die angstneurotische, die paranoide und die hysterische Familie. Der zweite Teil dieses Buches zeigt Möglichkeiten der Familientherapie und -beratung auf.

II. Feldstudien über die Persönlichkeit
Depressiver in ihrer natürlichen
sozialen Umgebung

Im folgenden Hauptteil wird zunächst auf biographische Aspekte eingegangen, ehe die Familienstruktur und danach auffällige Persönlichkeitsmerkmale abgehandelt werden.

II. 1. Lebenslauf, soziale Herkunft und
Familienstruktur

Frau R.

Sie gibt an, kein Wunschkind gewesen zu sein, sie habe dies aber von den Eltern nicht zu spüren bekommen. Unter Pavor nocturnus habe sie oft gelitten, was sie auf die Fliegerangriffe zurückführt.

Sie sei in sehr beengten Wohnverhältnissen aufgewachsen und habe mit ihrer Großmutter und Schwester ein großes Bett teilen müssen, was ihrer Meinung nach der Grund für gelegentliches Schlafwandeln war.

Einige Monate lang hätten bei ihr leichte Blinzeltics bestanden. Einmal sei sie zu Weihnachten von zu Hause fortgelaufen, weil die Stimmung zu erdrückend gewesen sei. Sie sei sonst oft nur zögernd und ungern nach Hause gegangen, da ihre Mutter in ihr Angst ausgelöst habe. Später habe sie sich lieber bei den Schwiegereltern aufgehalten. Sie sagt, sie habe von ihrer Mutter nicht die erwartete Zärtlichkeit erhalten. Obwohl sie

ein großes Bedürfnis danach gehabt habe, sei ihre Mutter nicht darauf eingegangen.

Sie interpretiert den Gram der Mutter als Selbstvorwürfe wegen schlechten Verhaltens ihrem Mann gegenüber, der aus dem Krieg nicht mehr zurückgekehrt ist.

In der Kindheit sei ihr Gesundheitszustand nicht gut gewesen: Sie habe bis zur Geburt ihres ersten Kindes oft Nasenbluten gehabt, sei an mehreren Anginen und einer Nierenbeckenentzündung sowie einer Gelbsucht erkrankt und habe unter starken Beklemmungsgefühlen in engen Räumen - z.B. in Luftschutzkellern - gelitten.

Ihr Spielverhalten bezeichnet sie als sehr konstruktiv, sie sei bei gemeinsamen Spielen mehr Mitläufer gewesen, habe gern allein gespielt und mit Vorliebe kleine Tiere, Ameisen und Hasen beobachtet.

Ihre Mutter habe verhindert, daß sie sich als Kind austoben konnte und habe sie beim Spielen mit dem Hinweis eingeschränkt, daß sie wieder stürzen könne, was einmal ohne ernsthafte Verletzungen geschehen war. Auf diese Weise baute sie jedes Mal gegenüber temperamentvollen Spielgefährten Hemmungen auf, indem sie den Umgang mit diesen verbot.

In der Schule habe sie durchschnittliche Leistungen geboten, sie habe aber gute Leistungen in Deutsch gezeigt und eine starke Abneigung gegen Geometrie gehabt. Nach der Schule begann sie eine Lehre in der Automobilbranche, wechselte ihren Arbeits-

platz aber schnell, weil er anstrengend und laut war, und arbeitete dann in der Verwaltung eines Krankenhauses. Diese Beschäftigung gab sie nach Jahren auf, weil sie nur noch halbtags arbeiten wollte, was bei ihrer jetzigen Stelle in einer Schulverwaltung möglich ist.

Sie sagt, sie sei bei der Ausführung übertragener Arbeiten sehr gewissenhaft und ehrgeizig.

Mit 15 Jahren sei die erste Menstruation aufgetreten, wobei sie starke Schmerzen gehabt habe, die manchmal so intensiv gewesen seien, daß sie die Arbeit habe niederlegen müssen. Sie leide unter starken Unregelmäßigkeiten des Zyklus und habe die Pille trotz Anratens von ärztlicher Seite wegen Angst vor Krebs abgelehnt. Vor einem Jahr mußte sie sich einer Gebärmutteroperation wegen eines Myoms unterziehen.

Ihre Eltern hätten sie nicht aufgeklärt und voreheliche Verhältnisse zu anderen Männern habe sie nicht gehabt. Sie bejaht die Frage nach Tagträumen, sie seien aber im Laufe der letzten Jahre zurückgegangen. Der Inhalt der Träumereien sei die Vorstellung eines problemloseren, leichteren Lebens ohne Angst und eine größere Selbstsicherheit.

Sie bedauert den Gefühlsschwund, den sie bei sich und allgemein im Leben festgestellt habe: Die Welt sei zu realistisch, hart und grausam geworden. Sie erläutert dies am Beispiel des Weihnachtsfestes, das nicht mehr so viel Anlaß zur Freude gebe wie früher.

Mit ihrem Mann gehe sie manchmal in die Kirche. Sie sei gläubig und könne etwas Trost und Halt aus dem Glauben schöpfen, was ihr in kritischen Phasen bewußter werde.

Sie habe keine klare politische Einstellung, aber radikale Parteien lehne sie ab. Politik sei für sie zu belastend, sie wolle davon nichts sehen und hören, vor allem nichts von Umweltverschmutzung und Kriegen.

Sie schöpfe die größte Kraft aus der Familie, obwohl kein Familienmitglied ihr richtig Halt geben könne. Was sie wohl am meisten brauche, sei ein Mann, zu dem sie aufschauen könne, an dem sie einen Halt hätte. Ihr Mann könne dies aber nicht erfüllen, er sei selbst zu unsicher.

Ihre Mutter habe schon in ihrer Kindheit und Jugend nicht ihr großes Bedürfnis nach Zärtlichkeit erkannt und befriedigt.

Auf ihre Kinder setze sie keine großen Hoffnungen, sie könnten ihr bestimmt nicht helfen, da sie "zu weich" seien und es im Leben schwer haben würden. Nur von ihrem jüngeren Sohn glaube sie, daß er sie verstehe und ihr später vielleicht werde helfen können.

Frau R. macht einen sehr aufgeschlossenen Eindruck, ist sehr mitteilungsfreudig und freundlich. Sie interessiert sich für die Probleme der Mitpatienten während des stationären Aufenthaltes und auch nach ihrer Entlassung.

Herr Sch.

Der Großvater väterlicherseits und eine Cousine seien auch manchmal depressiv gewesen. Seinem Vater, der auch Gärtner war, habe man zu diesem Beruf geraten, da er augenleidend war und man meinte, im Grünen würden seine Beschwerden nachlassen. Er sei bald nach dem Krieg erblindet und gestorben.

Seine Mutter charakterisiert er folgendermaßen: "Die Mutter war diejenige, die uns eine lockere Hand zugestanden hat." Zu seinen beiden Schwestern bestünden gute Beziehungen. Eine habe einen Gärtner geheiratet und die andere sei in seinem Betrieb beschäftigt.

Herr Sch. erklärt die Tatsache, daß er mit seiner Frau gut auskomme damit, daß sie ihre Lehre in der Landwirtschaft gemacht habe und für ihn in seiner Gärtnerei eine große Hilfe sei.

Er hat zwei Söhne, die 16 und 22 Jahre alt sind. Der ältere, der dem Vater nachgeraten sei, studiert Rechtswissenschaften. Er habe immer gut gelernt und sei kirchlich engagiert. Der jüngere Sohn habe die Wesensart der Mutter geerbt, er sei "mehr für das Praktische" und macht gerade seine Gärtnerlehre. Herr Sch. sagt dazu: "Der dauert mich heute schon, daß er Gärtner gelernt hat." Mit seinen Söhnen habe er keine großen Erziehungsschwierigkeiten. Mit der Bemerkung "der dauert mich heute schon" bringt er seine Enttäuschung darüber zum Ausdruck, daß er seine Zukunft nicht selbst bestimmen konnte und durch seinen Vater und die Nachkriegsgeschehnisse gezwungen war, den handwerklichen Beruf eines Gärtners auszuüben, obwohl ihm ein akademischer Beruf als Ideal vorschwebte.

Herr Sch. glaubt, ein Wunschkind gewesen zu sein. Die Geburt sei normal verlaufen. Ob er gestillt worden ist, kann er nicht angeben. Man habe ihm erzählt, daß er oft schlafgewandelt sei. Über seine frühe Kindheit kann er nur so viel berichten, daß er einen Privatkindergarten besucht habe und ein braves Kind gewesen sei. Bis auf eine Diphtherie habe er in seiner Kindheit keine Krankheit durchgemacht.

Nächtliche Angst in der Kindheit sei ihm bekannt, sie sei immer dann aufgetreten, wenn die Eltern nicht zu Hause waren.

Er sei bei Sport und Spiel immer gern der Anführer gewesen und habe gern den Ton angegeben. In der Schule sei er stets unter den drei Besten gewesen und habe einen großen Ehrgeiz entwickelt, besonders beim Rechtschreiben und Rechnen.

Er habe vor dem Vater große Achtung, ja sogar Angst gehabt. Dieser habe ihn viel in seiner Gärtnerei arbeiten lassen. Er sei immer froh gewesen, wenn er nachmittags noch Schulunterricht hatte, weil er dann aus dem Bann des Vaters entfliehen konnte. Er sei oft mit großen Angstgefühlen von Unternehmungen nach Hause gekommen, wobei er sich immer fragen mußte: "Wie wird Vaters Stimmung sein?"

Der Vater ließ ihn dann bei sich eine Lehre machen, obwohl er für die Gärtnerei gar kein Interesse besessen habe. Mit 16 Jahren sei er Reichssieger bei einer Gärtnereiausstellung geworden und habe als Preis ein Stipendium gewonnen, worauf hin der Vater zu ihm gesagt

habe, er würde ihm jetzt nichts mehr in den Weg stellen, er könne nun anfangen was er wolle.

Das Stipendium habe er aber nicht mehr nutzen können, da bald darauf der totale Krieg ausgerufen und er zur Wehrmacht eingezogen worden sei. Mit 18 Jahren sei er für 3 Jahre in französische Gefangenschaft geraten, während der seine Mutter gestorben und sein Vater erblindet sei. "Und da mußte ich, ob ich wollte oder nicht, die Gärtnerei übernehmen."

"Ich bin schon energisch bei der Durchsetzung meiner Ziele, aber in den Situationen, in denen ich mich damals befunden habe, ich habe den blinden Vater da sitzen gehabt und die Mutter war gestorben, und dann zu sagen, ich lasse das alles sausen, ich will auf die Schule, das konnte ich menschlich nicht vertreten. Und ich habe dann meine persönlichen Wünsche zurückstellen müssen. Ein anderer hätte vielleicht gesagt, ich pfeife auf meinen Alten, der kann mir später auch nicht helfen, so robust konnte ich nicht sein und bin es auch heute nicht. Und das hat sich immer wieder schmälern auf mein Selbstbewußtsein ausgewirkt."

In dieser Zeit habe er einen krankhaften Ehrgeiz entwickelt, "mehr zu werden"; er habe nur Blumen mit Spitzenqualität züchten wollen. Diesen Ehrgeiz besitze er noch heute, andererseits sei er gezwungen, Arbeiten auszuführen, die jeder Hilfsarbeiter verrichten könnte.

Eine Aufklärung habe er von seinen Eltern nicht erhalten. Er gibt Hemmungen auf dem Gebiet der Sexualität an. Fragen darüber sind ihm peinlich.

Er sagt, er habe eine kirchliche Bindung, er könne aber nicht zur Kirche gehen, da er auch sonntags in seiner Gärtnerei arbeiten müsse. Viele Pfarrer würden von den Gemeindemitgliedern Dinge verlangen, die sie selbst nicht erfüllten.

Er tendiere zu keiner Partei, denn in jeder gebe es gute und schlechte Menschen. Mit extremen Politikern allerdings habe er nichts im Sinn.

Herr Sch. erinnert sich, daß ein gewisses Angstgefühl, eine unbestimmte Angst, sich schon durch sein ganzes Leben ziehe. Er habe die Probleme schon immer größer gemacht als sie waren. Vor 10 Jahren, dann wieder vor 2 Jahren und jetzt habe er das Gefühl gehabt, er schaffe alles nicht mehr, er sei die Grübeleien nicht mehr losgeworden, "aufhören zu wollen, nichts mehr hören, nichts mehr sehen".

Auffällig ist, daß er im Gegensatz zu den anderen Patienten versucht, seine Depression vor der übrigen Familie geheimzuhalten. Nur mit seiner Frau hat er über seine psychische Veränderung gesprochen.

Wenn er sich lange im Bett aufhält, erklärt er dies den anderen damit, daß er eine Art Kur verordnet bekommen habe. Da er betont: "Ich bin derjenige, der die Kommandos gibt und der die Fäden in der Hand hält", liegt es nahe anzunehmen, daß er seine Schwäche, die er in nicht depressiven Zeiten durch sein patriarchalisches und scheinbar selbstsicheres Auftreten kompensieren kann, unter keinen Umständen vor der übrigen Familie und Verwandtschaft zeigen möchte.

Offenbar wird es einer Frau von der Umwelt leichter gemacht, eine depressive Verstimmung zu zeigen. Diese Annahme könnte auch erklären, warum mehr Frauen sichtbar depressiv erkranken, wobei man bei dieser These allerdings für die Männer häufiger latente Depressionen postulieren müßte.

Frau Sch.

Sie weiß sicher, daß sie kein Wunschkind gewesen war, denn ihr Vater, den sie nie gesehen habe, sei vor ihrer unehelichen Geburt angeblich wegen der unterschiedlichen Konfessionen der Eltern verschwunden. Sie sei von ihrer Mutter gestillt worden, die auch noch andere Kinder mitgestillt habe.

Ihre Mutter heiratete einen Mann, der mehrere Kinder mit in die Ehe brachte. Frau Sch. habe als Älteste immer auf die jüngeren Stiefgeschwister aufpassen müssen und habe viel im Haushalt gearbeitet, worunter die Schulaufgaben gelitten hätten. Da die Eltern sieben Kinder zu ernähren hatten, mußte ihre Mutter auch arbeiten gehen. Diese ungünstige Situation sei noch dadurch kompliziert worden, daß ihr Stiefvater, ohne versichert gewesen zu sein, verunglückt sei und seinen landwirtschaftlichen Besitz habe verkaufen müssen, um einen Teil der Krankenhauskosten bezahlen zu können.

Wenn sie sich einmal etwas Schönes gekauft hatte, dann hätten ihre Stiefschwestern ihr das weggenommen, die lebhafter als sie gewesen seien. Vom Spielen berichtet sie: "Ich hab' mich lieber im Hintergrund gehalten." An ihre Schulzeit hat sie folgende Erinnerungen: "Ich mußte zu Hause arbeiten, dann bin ich die meiste Zeit nicht auf die Schule gegangen, mußte die Kleinen hüten, und da bin ich nicht mehr mitgekommen, abends hatte ich als noch keine Aufgaben gemacht, und da hat die Mutter mir geholfen, hat schnell was hingeschrieben, ich hab's abgeschrieben und bin dabei eingeschlafen."

Offensichtlich hat sie als Kind ein schweres Trauma erlitten: "Und das Schlimmste, was ich erlebt hab', da waren zwei Mädchen, zwei Kratzbürsten, die haben gesagt, "das ist ja gar nicht dein Vater", und ich wußte das nicht, da war ich zehn Jahre alt. Da hab' ich geschrien, meine Mutter war ganz außer sich, das vergesse ich mein ganzes Leben nicht. Das ist mir danach immer schwer nahegegangen, besonders wenn es Weihnachten war." Es ist interessant, daß Frau Sch. in der Vorweihnachtszeit eingewiesen wurde und mit ihrem Sohn länger über ihre uneheliche Geburt sprach.

Frau Sch. lernte ihren Mann 1941 bei einer Freundin während seines Fronturlaubes kennen und heiratete ihn 1945. Sie hat keine Berufsausbildung, da sie nach dem Willen der Eltern sofort Geld verdienen sollte. Sie arbeitete vor ihrer Hochzeit in einer Käserei und gab nach ihrer ersten Schwangerschaft die Arbeit auf, um sich als Hausfrau und Mutter ganz der Familie widmen zu können, so daß sie jetzt, da ihre Kinder verheiratet sind, unter dem Gefühl des Verlassenseins leidet. Ihr Sohn meint dazu: "Meine Mutter wollte immer unheimlich für uns sorgen, und in dem Moment, wo wir alle von zu Hause weggegangen sind, da fing das schon an. Sie hat im Moment für niemanden mehr zu sorgen, mein Vater ist sehr selbständig, und das ist meiner Meinung nach der Grund, weswegen sie durchgedreht hat."

Ihre Kinder beschreiben an Frau Sch. folgende Charakterzüge: Ihre Mutter sei labil in der Stimmung, schnell beleidigt, sie rege sich über Sachen auf, die es nicht wert sind, und sie sei leicht zu beeinflussen.

Frau Sch. leide darunter, daß sie zu dick sei und habe den Komplex, sie sei dumm, könne nicht gut schreiben und rechnen und habe nichts gelernt.

Frau Sch. hatte als Kind Mumps und mehrere Halsgeschwüre, bis 1947 die Tonsillektomie durchgeführt wurde. Die Geburt des Sohnes verlief normal, bei ihrer Tochter aber kam es zur Eklampsie.

1959 litt sie in zeitlichem Zusammenhang mit ehelichen Auseinandersetzungen an einem Magengeschwür.

Ein Jahr später wurde sie wegen eines Uterusmyoms operiert. Seit sieben Jahren sind eine Struma und ein Diabetes mellitus bekannt.

Frau E.

"Meine Kindheit war wunderbar bis ich so groß war und denken konnte, daß ich feststellen mußte, daß meine Eltern sehr unglücklich miteinander waren. Und zwar unglücklich nicht im Sinne von Nicht-Verstehen, sondern mein Vater zeigte einen Jähzorn, den er von seinen Vorfahren geerbt hat. Und ich zitterte vor ihm, daß ich jetzt noch nachts - das wird Ihnen mein Mann bestätigen können - manchmal aufwache und ihn fragen höre: 'Ist der Knecht schon geweckt, sind die Pferde schon fertig?', also es ist unmöglich, ihn zu beschreiben. Morgens um sechs Uhr ging es mit den Wagen los zum Vieheinkauf, und abends um sieben Uhr war ich wieder zu Hause und mußte oft noch bis zehn oder elf Uhr helfen.

Er hat mich früh von der Schule genommen, obwohl ihm die Lehrer sagten, ich hätte ein enormes Sprachtalent. Nähen und stricken durfte ich auch nicht, stichelnde Frauen konnte er nicht sehen. Unser Haushalt wurde sehr ordentlich geführt, alles in bester Ordnung, sehr vornehm - bis auf den Jähzorn. Einmal hat er über einen in der Mittagspause schlafenden Knecht einen Eimer kaltes Wasser gegossen, der hat bald zwei Schlaganfälle bekommen.

Mit 17 Jahren habe ich es dann nicht mehr ausgehalten und bin von zu Hause geflüchtet. Aber da stellte sich dann die Frage: Was jetzt? Schreiben, rechnen, klavierspielen, staubwischen konnte ich. Ich fuhr nach H., wo ich Verwandte hatte und sagte: 'Ihr müßt mir helfen, dieses kleine Gepäck und eine weiße Schürze, das ist alles, was ich habe.' Bei einem Zahnarzt habe ich dann eine Stelle gefunden als Praxishelferin.

In dieser Zeit hatte ich eine Angst um meine Mutter, was wird mit ihr sein; sie litt ja so unter meinem Vater.

Da kam ein unglückseliges Telegramm: 'Mutter totkrank, sofort kommen, Vater.' Da hat meine Mutter einen ihrer Selbstmordversuche unternommen, inzwischen war sie Morphinistin, und diese Angst vor dem Vater, die werde ich nicht los, die steckt in mir, ganz gleich, wovor ich stehe. Heute wieder nervös, Herr Löffler kommt, was mag das für ein Mensch sein, ich möchte einem jungen Menschen helfen.

Dann starb Vater."

Verfasser: "Sie hatten doch noch eine Schwester, warum konzentrierte sich ihr Vater so auf Sie?"

Frau E.: "Sie hatte auch Angst vor ihm, aber nicht in dem Maße wie ich. Ich erinnere mich noch, wie sie sich immer über das Treppengeländer beugte und fragte: 'Mutter, ist Vater schon da?' Er ging ihr gewissermaßen aus dem Wege, dieses Kind interessierte ihn überhaupt nicht, da es kein Sohn war. Danach konnte meine Mutter keine Kinder mehr bekommen, und der Sohn, der war dann ich, alle Last fiel dann wirklich auf mich."

Verfasser: "Wie haben Sie sich beim Spielen verhalten? Waren Sie gern Anführerin oder haben Sie sich lieber im Hintergrund gehalten?"

Frau E.: "Man spielte gern mit mir. Ich weiß noch, wie es immer hieß: 'Eigentlich will ich nicht mit dir spielen, du bekommst ja keine Fehlerpunkte', wissen Sie, beim Ballspielen an die Jand. Das waren sehr nette Kinder auf dieser Straße; aber später ließ er uns ja gar nicht mehr raus. Mein Elternhaus war wirklich wie eine Festung."

Während der Schulzeit hatten die Mitschülerinnen Frau E. den Spitznamen 'Mimose' gegeben.

Herr E. erzählt, was ihm seine Frau aus ihrer Jugendzeit berichtet hat: "Mit 15 Jahren mußte sie auf Befehl des Vaters von der Schule herunter und mußte ihm in seinem Geschäft helfen; er war Viehhändler, und das war ein ganz grober Mensch. Also sie ist eine ganz feinsinnige Frau, meine Frau, das hat sie wahrscheinlich von der mütterlichen Seite her, ja, und da mußte dieses fünfzehnjährige Mädchen des Morgens früh, hat sie mir erzählt, mußte sie um fünf oder sechs Uhr mit ihrem Vater auf den Schlachthof, und mit den Metzgergesellen stand sie da in einer Ecke und mußte dem Vater parieren. Und das hat ihr irgendwie einen seelischen Knacks gegeben. Diesem rohen, brutalen Totschlag der Tiere mußte sie ja zusehen. Sie hat sich dann in späterer Jugend vielleicht davon befreit und losgelöst, aber wer weiß, ob das nicht mit ihrer heutigen Krankheit zusammenhängt. Wenn sie irgendwelche Brutalitäten ihres Vaters befürchtete, dann flüchtete sie zu ihrer Großmutter, die unweit entfernt wohnte."

Verfasser: "Was für ein Mensch war Ihre Frau, als Sie sie kennenlernten?"

Herr E.: "Als ich sie kennenlernte, war sie ein aufgeschlossenes, junges siebzehnjähriges Mädchen, das durch ihre Schlagfertigkeit und durch ihre Aufgeschlossenheit Anspruch machen konnte, etwas anderes zu heiraten als einen Metzger. An einen solchen aus dem geschäftlichen Bekanntenkreis wollte sie der Vater verheiraten, und mit Viehhandel und Metzgerei hatte sie gar nichts im Kopf. Mit achtzehn Jahren ist sie dann aus dem Haus gegangen, hat zum Vater gesagt: 'Ich will mit dir nichts mehr zu tun haben', bzw. der Vater hat gesagt: 'Wenn du den heiraten willst, dann schmeiß' ich dich aus dem Hause raus', und da ist sie lieber selbst gegangen zu ihrer Tante, bei der sie zwei Jahre war oder länger, bis wir uns verlobt hatten und dann heirateten.

Ich hatte mit dem Vater fast keinen Kontakt. Nur ein Mal, als ich mich anschickte, um die Hand seiner Tochter anzuhalten, da hat er mich aus seinem Hause herausgeworfen. Und bevor ich mich schlagen ließ, bin ich dann auf den Bürgersteig gegangen und habe gesagt: 'Hier haben Sie mir nichts mehr zu sagen.'

Und von da ab war der Krach ja da, und meine Frau ist nicht wieder nach Hause gegangen."

1943 brachte Frau E. eine Schilddrüsenoperation hinter sich. 1956 - 1958 verspürte sie eine starke innere Unruhe und begann, an Professoren zu schreiben. In dieser Zeit durchlebte sie wahrscheinlich ihre erste manische Phase. 1967 verbrachte sie nach

einem Suizidversuch sechs Monate in einer geschlossenen Abteilung.

1968 stellte sich vermutlich infolge Medikamentenabusus ein Nierenversagen ein.

1969 wurde sie nach einem weiteren Suizidversuch mehrere Male in Nervenheilanstalten aufgenommen.

1972 lag sie wegen einer Gallensteinoperation wieder im Krankenhaus.

Herr E. macht in diesem Zusammenhang eine interessante Bemerkung: "Sobald sie eine andere Krankheit hatte, da wurde die Depression weniger."

Seit Mai 1973 besteht die erstmals klinisch diagnostizierte Manie, in den Jahren davor litt sie unter Depressionen.

Zusammenfassung und Interpretation

Die soziale Herkunft der Patienten ist sehr unterschiedlich: Zwei kommen aus kleinen Dörfern und zwei aus mittelgroßen Städten. Die Schulbildung reicht von der Grundschule bis zum Lyceum. Als Gemeinsamkeit läßt sich die Herkunft aus Familien mit Berufen nennen, die auf manueller Tätigkeit beruhen, nämlich Arbeiter, Bauer, Gärtner und Metzger.

Diese Familien waren sozial völlig angepaßt und gaben die sittlichen Normen ihrer Zeit an die Kinder weiter. Diese wurden zu Fleiß, Ordentlichkeit, Gehorsam, Sexualfeindlichkeit und Sparsamkeit erzogen.

Interessant ist, daß alle vier Patienten schon recht früh einen sozialen Aufstieg planten und diesen auch zum Teil erreichten, wenn nicht sie selbst, so doch ihre Kinder.

So achtete Frau R., die aus einer Arbeiterfamilie stammt, darauf, "daß die Kinder etwas Ordentliches" werden würden. Herr Sch., der äußerte: "Ich hatte vor, mehr zu werden", verstand unter diesem Ziel anfangs, der manuellen Tätigkeit mit Hilfe seines Stipendiums entfliehen zu können. Dieses Ziel konnte er wegen der Folgen des Weltkrieges und der familiären Situation nicht erreichen, so daß er dem hohen Anspruch, den er an sich stellt, dann im Rahmen seiner Gärtnerei zu genügen versuchte.

Auch Frau Sch., die auf dem Bauernhof und Feld arbeitete, war mit ihrer sozialen Stellung un-

zufrieden und träumte von einer Tätigkeit als Seidenstickerin. Heute nimmt sie regen Anteil am Erfolg ihrer Kinder, "die ja so gescheit sind".

Frau E., die Tochter eines Viehhändlers und Metzgers, die einen Unternehmer heiratete und deren Kinder Akademiker geworden sind, war nach dem Kriege lange Zeit enttäuscht, daß ihr Mann sein Unternehmen verloren hatte und danach als Angestellter arbeiten mußte.

Dieser bei allen Patienten festzustellende Drang zu Berufen und Positionen, die von der Gesellschaft höher bewertet werden, läßt auf eine Unzufriedenheit mit den persönlichen Gegebenheiten schließen, auf eine starke Ausrichtung an den Leistungsidealen der Gesellschaft und auf eine ständige Bereitschaft, diesen Idealen durch Arbeit und Fleiß auch näherzukommen.

Die Kinder der Patienten werden von ihnen als erweitertes Eltern-Ich und als Möglichkeit verstanden, mit deren Hilfe sich eigene Idealvorstellungen und Lebensziele, wenn sie für die eigene Person nicht erreicht wurden, indirekt doch noch erfüllen lassen.

So dienen die Kinder als Projektionsfläche der Wünsche der Eltern, die sie sich auf diese Weise indirekt erfüllen.

Eine solche Erwartungshaltung der eigenen Person und den Kindern gegenüber ist natürlich, da sich Enttäuschungen nicht vermeiden lassen, dazu prädestiniert, psychischen Konfliktstoff zu liefern.

Die Betrachtung der Familienstruktur ergibt bei allen vier Patienten ein stark gestörtes Verhältnis zu einem Elternteil in der Kindheit.

Herr Sch. und Frau E. leiden unter einem allzu strengen Vater, vor dem sie immer Angst hatten, Frau Sch. wurde unehelich geboren und erlitt mit zehn Jahren ein seelisches Trauma, als sie erfuhr, daß sie einen Stiefvater hat. Frau R. vermißte die Nestwärme bei der sie verunsichernden Mutter, "die oft mit nach innen gekehrtem Blick dasaß", nachdem ihr Mann nach dem Krieg nicht mehr zurückgekehrt war. Sie erinnert sich an viele Auseinandersetzungen der Eltern. Das Verhältnis zu den Geschwistern ist bei den Patienten auch nicht dazu geeignet, sich zu Hause wohl zu fühlen.

Die starke Abhängigkeit von einem Elternteil führte dazu, daß die Kinder und späteren Erwachsenen ihren Lebenslauf nicht selbst bestimmen, sich nicht entfalten und Berufe ergreifen konnten, die ihren Fähigkeiten und ihrer Persönlichkeitsstruktur entsprochen hätten.

Dieses schon in früher Kindheit enorm gestörte Verhältnis zu einem - und im Falle von Frau R. und Frau Sch. zum einzigen - Elternteil kann man sicherlich in ursächlichem Zusammenhang sehen mit der biographisch schon frühzeitig feststellbaren Angst. Herr Sch.: "Ein gewisses Angstgefühl zieht eigentlich durch mein ganzes Leben." Diese Angst resultiert einmal aus dem Mangel an Liebe und Zuwendung in früher Kindheit und war anfangs - so schildern es die Patienten - eine Angst vor dem Elternteil, von dem sie abhängig waren.

Diese Angst führte dazu, daß Impulse der Kinder, die mit den Ansichten der Eltern kollidiert hätten, unterdrückt wurden, was zur Folge hatte, daß die elterlichen Normen übernommen und eingelernt wurden.

Außer der Angst vor Strafe war aber der Mechanismus des Gefällig-sein-wollens und Nacheiferns wirksam, der sich darin zeigt, daß man viele Verhaltensweisen und Eigenschaften der Patienten bei dem betreffenden Elternteil wiederfindet.

Die Einschränkung der Handlungsfreiheit und der Möglichkeit zu Selbsterfahrung und Selbstverwirklichung führte zu Unsicherheit und Mangel an Selbstbewußtsein, unter denen die Patienten nach eigenen Angaben schon früh litten. Die Unsicherheit in der Selbsteinschätzung und der Mangel an Selbstvertrauen im Verein mit den in oben dargestellter Weise übernommenen strengen Normen bewirkten das den Patienten vor der depressiven Phase eigene rastlose Schaffen, das das Ziel hat, das Selbstbewußtsein zu stärken und vor den Eltern oder später den in der Gesellschaft vorhandenen Elternersatzfiguren bestehen zu können.

Die genannten Mechanismen führten auch dazu, daß die Anklammerung an den einmal gefundenen Ehepartner groß ist, und daß sich die Patienten in der gegründeten eigenen Familie ganz besonders engagieren.

Die Familie ist der zentrale Punkt in ihrem Leben, von dem aus sie ihre vorsichtigen und eingeschränkten Umweltkontakte pflegen.

Auf die Frage, was ihnen am meisten bedeute, woraus sie die größte Kraft schöpften, lauteten einmütig die Antworten: aus der Familie bzw. der Arbeit für die Familie im Haushalt oder in einem Fall in der Gärtnerei, die ein Familienbetrieb ist.

In unvereinbarem Kontrast zu der großen Bedeutung, die der Familie beigemessen wird, steht die Beobachtung, daß die Familienbeziehungen, die zwar spontan immer als gut bezeichnet werden, bei näherem Hinsehen doch nicht so befriedigend sein können. Besonders zwei Punkte sind dem Verfasser aufgefallen:

Der Ehepartner kann das große Anlehnungsbedürfnis und Verlangen nach Zärtlichkeit nicht befriedigen. Ob das bei Depressiven stärker ausgeprägt ist als bei anderen Personen, was ich in zwei Fällen annehmen möchte, oder ob dies an der Wahl eines kühleren Ehepartners liegt, dies trifft bei zwei Patientinnen zu, war erst nach längerer Beobachtung der Familiensituation festzustellen.

Zweitens birgt das starke Fixiertsein auf die Familie für einen Depressiven oder potentiell Depressiven eine große Gefahr in sich, da sich die Familienstruktur mit dem Erwachsenwerden der Kinder ändert. Bei drei Patientinnen wird dies deutlich, da sie zu einem Zeitpunkt depressiv werden, als die Söhne heiraten und von zu Hause fortziehen oder sich beruflich verändern und deshalb in einem anderen Ort wohnhaft werden.

Sie sind in ihrer Rolle als Mutter starr festgelegt und unfähig, diese Rolle, ihren Aufgabenbereich und ihre eigenen Erwartungen zu ändern, so daß sie solche in jeder Familie vor-

kommenden Situationen als äußerst problematisch empfinden und an ihnen jahrelang zu nagen haben. Z.B. erzählt die Tochter von Frau Sch., die schon lange - wie auch der Bruder - einen eigenen Haushalt führt: "Sie kauft noch ein und kocht wie für eine ganze Kompanie."

Es kann also die Familie, die ja schon sehr auf Konstanz und Kontinuität angelegt ist, für den Depressiven zum Auslöser einer melancholischen Phase werden.

Bei der Betrachtung der Familienkonstellation, einiger Verhaltensweisen und Erziehungspraktiken der Eltern- und der Großeltern-generation liegt der Gedanke nahe, daß viele Verhaltensmuster tradiert werden, die bei eventuell vorhandener genetischer Belastung eine weitere pathogenetische Bedeutung erlangen können.

Dies sei am Beispiel der Abkapselung dieser Familien erläutert, die auf einer ängstlichen Grundstimmung gegenüber Einflüssen aus der Umwelt, die Unsicherheit und Angst aufkommen lassen könnten, beruht. In der Familie R. ist dies schön zu beobachten, weil dort drei Generationen in einem Haus zusammenleben: die Mutter von Frau R. hat in der Kindheit ihrer Tochter streng darauf geachtet, daß diese nicht mit lauten und impulsiven Kindern spielte. Diese überbesorgte Einstellung gegenüber dem kindlichen Spielen versuchte sie damals mit dem Vorwand zu rationalisieren, ihre Tochter habe sich einmal beim Spielen verletzt, wozu Frau R. selbst berichtet, es habe nur eine Bagatelverletzung am Knie vorgelegen. Die überbesorgte Einstellung ihrer Mutter hat

Frau R. aber unter ihrem ständigen Einfluß stehend inzwischen selbst übernommen und praktiziert sie bei den eigenen Kindern. Diese werden von ihr rund um die Uhr so behütet und beschäftigt, "daß sie auf keine dummen Gedanken kommen". Ihr Rezept lautet: sportliche Betätigung verhindert das Aufkommen dummer Gedanken, und die restliche Zeit gehört den Hausaufgaben. Die ganze Familie ist in einem Sportverein, in dem sie auch ihre Freunde haben. Sonst besteht nur - inzwischen noch weiter eingeschränkter - Kontakt zu Verwandten, mit denen es in letzter Zeit wegen deren "antiautoritär erzogenen" Kindern handgreifliche Auseinandersetzungen gegeben hat.

Auch in den anderen Familien läßt sich dieses durch Abschirmung erreichte Schonklima konstatieren, das dadurch erhalten wird, daß sich die Familie unter der Regie der Hausfrau und Mutter möglichst auf sich selbst beschränkt: Frau Sch., die bei der Kontaktaufnahme unsicher, zurückhaltend und ängstlich wirkt, besitzt einen sehr kleinen Freundeskreis. Mit einer Nachbarsfrau führt sie manchmal abends deren Hund aus. Eine andere Frau im gleichen Hause besucht sie bisweilen, um mit ihr eine Tasse Kaffee zu trinken und zu plaudern. Außerdem besucht sie ab und zu noch eine Stiefschwester. Sonst beschränkt sie sich auf die Familie: "Das hat keinen Wert, wenn man so große Freundschaft hält, zu viele Leute, das hat keinen Wert. Meine Geschwister kommen als einmal und die Nichte von meinem Mann. Man soll sich seine Leute erst prüfen, mit denen man Kontakt hält."

Frau E. hatte früher zu einem viele Personen umfassenden Freundeskreis Kontakt und pflegte mehrere Briefkorrespondenzen, die sie aber schon vor Jahren mit Beginn ihrer ersten Depression immer weiter eingeschränkt hat.

Auch bei ihr wird deutlich, daß sich unter den außerfamiliären Kontaktpersonen keine Vertrauensperson findet, zu der eine tiefere zwischenmenschliche Beziehung besteht. Während der manischen Phase nahmen die in die Umwelt gerichteten Aktivitäten rasch wieder zu. Da sie aber alle nur sehr oberflächlicher Natur waren, wurden sie von der Umwelt wegen des raschen Wandels mit großer Skepsis und Zurückhaltung aufgenommen.

Auch der Kreis der Kontaktpersonen von Herrn Sch. ist nahezu ausschließlich auf die Verwandten beschränkt, die er selten sonntags besucht. Auf seinem Terminkalender steht noch freitags der Stammtisch, vor dem er sich aber gerne drückt, sofern er eine plausible Entschuldigung findet. Er hat seinen früheren Freundeskreis und den Kontakt zu einer ehemaligen Freundin aufgegeben, weil er der Meinung gewesen sei, diese würden nicht mehr zu seinem Beruf als Gärtner passen. "Dies hat mich einige Jahre der Umstellung gekostet."

II. 2. Ordnungssinn, Lebensplan, Lebensziel und Ich-Ideal

Zwei Charaktereigenschaften formen die Ausgangsstruktur des 'Typus melancholicus' (23, 26): Die penible Ordentlichkeit und der erhöhte Selbstanspruch. Beide Charakterzüge üben einen großen Einfluß bei der Gestaltung der häuslichen Dingwelt und der zwischenmenschlichen Interaktionen aus.

Frau R. charakterisiert sich selbst als sehr ordentlich. Diese Selbsteinschätzung findet man bestätigt, wenn man sich in ihrer Wohnung umschaut, die immer sauber geputzt und aufgeräumt ist. Der Ordnungssinn manifestiert sich auch in ihrem Grundsatz: "Wenn ich etwas anfange, führe ich es zu Ende."

Ein erhöhter Selbstanspruch äußert sich bei ihr indirekt, indem sie ihn auf ihre Kinder überträgt, die auf das Gymnasium gehen und studieren sollen. Bei ihrem Arbeitspensum stellt sie hohe Anforderungen an sich: Neben ihrem Haushalt mit drei Kindern und dem der Schwiegereltern geht sie vormittags noch arbeiten und treibt abends im Verein Sport. In den Erläuterungen ihres Lebenszieles steht die Familie ganz im Vordergrund. Sie wolle eine gute Mutter sein und den Kindern eine gesicherte Zukunft ermöglichen. Auf die Frage nach ihrem Ich-Ideal antwortet sie, sie hätte gerne "stärkere Nerven, um ein problemloseres und leichteres Leben führen zu können und um belastbarer zu sein".

Auch Herr Sch. hält sehr viel von Ordnung in seiner Gärtnerei und Wohnung und hat einen deutlich überhöhten Selbstanspruch. Er entspricht

neben Frau E. am meisten dem oben genannten Typus.

Bei Sport und Spiel habe er immer den Ton angeben wollen. Aus seiner Schulzeit berichtet er folgendes: "In der Schule war ich stets der Erste oder mit bei den drei Ersten, ich möchte sagen, bei den Zeugnissnoten war ich immer der Beste. Und das ging dann später auch in der Berufsschule so. Und das ist auch nicht immer förderlich, wenn man von Jugend auf glaubt, man müßte der Beste sein oder war es eben. Und später klappte es eben nicht mehr so, und das Leben ist ja anders als das schulische Leben oder die Kindheit, und da nimmt man sich das vielleicht viel mehr zu Herzen, wenn man da nicht immer der Beste ist oder im Beruf nicht immer die beste Ware erzeugt."

Später nahm er an einem Gärtnereiwettbewerb teil, den er als Reichssieger gewann. Sein Lebensziel, die höhere Schule abzuschließen und das beim Wettbewerb gewonnene Stipendium zu nutzen, wurde durch den autoritären Vater und den Ausbruch des totalen Krieges verhindert. Gegenwärtig äußert sich der erhöhte Selbstanspruch in dem Bestreben, nur Spitzenprodukte bei der Blumenzucht zu erzielen: "Wenn die Kulturen nicht so gedeihen wie geplant, das trifft mich persönlich im Inneren viel mehr als andere Leute, und dann fühle ich mich in meinem Selbstbewußtsein gekränkt und gemindert, weil ich mir sage: 'Mensch, das dürfte dir doch eigentlich gar nicht passieren', so ungefähr. Dazu kommt ein - ich möchte fast sagen - ein schon fast krankhafter Ehrgeiz, mehr zu werden, größer zu werden. Ich habe da die Vorstellung von Spitzenqualitäten, und es ist sicherlich gar nicht immer möglich, die zu erzielen. Und da bin ich immer unzufrieden mit meiner Kulturleistung."

Obwohl mir die Wohnung von Frau Sch. aufgeräumt und sauber vorkam, bedauerte sie, daß es nicht mehr so blitze wie früher. Ihr erhöhter Selbstanspruch zeigte sich schon als Mädchen darin, daß sie dem bürgerlichen Milieu, in dem sie aufgewachsen war, entfliehen und Seidenstickerin werden wollte. Sie achtete später immer gewissenhaft darauf, daß ihre Kinder gut und sauber gekleidet auf die Straße gingen.

Auf die Frage nach ihren Ich-Idealen antwortet sie: "Ich selbst möchte anders sein, weil ich so schwermütig bin, alles so schwer nehme. Wenn ich andere sehe, die leicht über alles hinweggehen, dann denke ich mir, wärst du nur auch so." Dann spricht sie wieder spontan ihre uneheliche Geburt an: Sie habe sich dadurch immer zurückgesetzt gefühlt. Ihre Mutter hat diesen Komplex offensichtlich noch gefördert, indem sie ihr bei Streitereien mit anderen Kindern den Mund verbot mit dem Hinweis darauf, daß sie ein uneheliches Kind sei und lieber kein Aufsehen erregen solle. Sie sagt, sie habe sich nie richtig verteidigen und durchsetzen können und wünsche sich mehr Durchsetzungsvermögen und Schaffenskraft: "Das kommt auch davon, wenn man so viele Geschwister hat, man muß dann zurückstehen. Und als ich dann gewußt habe, daß das mein Stiefvater ist, da hab' ich mich zurückgesetzt gefühlt. Und da hab' ich nicht so aus mir herausgetraut, ich hatte Hemmungen. Meine Mutter hat gesagt: 'Sei ruhig, daß es keine Jacht gibt.' Mich verteidigen, das konnte ich gar nicht. Ich wollt', ich wär' da anders, könnte mich durchsetzen und hätte mehr Energie."

Ihr Lebensziel war: "Hoffentlich krieg' ich einen guten Mann." Außerdem wünschte sie sich innigst, eine Tochter zu bekommen. Es ist offenbar, daß sie sich mit ihrer Tochter identifiziert, ihr alles wünscht und möglichst zukommen läßt, was sie

selbst in ihrer Kindheit und Jugend missen mußte.

Von dem Lebensplan und den Zielen seiner Frau erzählt Herr E.:

"Berufliche Pläne hatte sie keine. Wir haben uns auf einem Tanzabend kennengelernt, und am selben Abend sagte sie zu ihrer Mutter: 'Diesen Mann möchte ich heiraten.' Nur das, was ihr Vater mit ihr wollte, das wollte sie nicht."

Sicherlich schien ihr Herr E. als Sohn und Erbe einer Reedereifamilie eine gute Partie zu sein. Nach dem Krieg war der Besitz aber verloren, und er mußte als Angestellter arbeiten, was sie ihm sogar manchmal als Fehler zum Vorwurf gemacht habe, obwohl ihr trotzdem im Vergleich zu ihrem Elternhaus ein großer sozialer Aufstieg gelungen war.

Verfasser: "Meinen Sie, daß Ihre Frau mit sich selbst zufrieden war?"

Herr E.: "Zufrieden mit sich war sie nicht, das kann man nicht sagen. Sie wollte immer eine reiche Frau sein."

Verfasser: "Ist Ihre Frau mit dem Werdegang ihrer Kinder zufrieden?"

Herr E.: "Na ja, sie hat es geschafft! Der ältere Sohn ist jetzt Diplomkaufmann, hat promoviert, ist Steuerberater. Bei dem jüngeren ist es etwas danebengegangen, der ist zwar nur Handelsvertreter, aber das liegt ihm, das ist ihm wie auf den Leib geschrieben. Und der hatte ja im Gegensatz zu meinem älteren, ernsteren Sohn ein sonniges Gemüt."

Die Frage an Frau E., an welcher Person sie sich am meisten orientiert habe, beantwortet sie folgendermaßen:

"An dieser Dorothea von H., an meiner Großmutter, die sehr, sehr klug war, von der ich sehr viel gelernt und übernommen habe, und die ich abgöttisch liebte. Aber die starb mit 75 Jahren, es lebt ja niemand ewig, jeder muß ja gehen. Da habe ich neulich erst beim Aufräumen ein Buch über deutsche Lyrik gefunden, das hat sie mir schon mit 15 Jahren geschenkt, das war eine sehr fein empfindende Frau. Sie hielt sich ein Fräulein, mit dem reiste sie nach Bad N. jedes Jahr. Das kann man gar nicht vergleichen mit dem eigenen Leben, das macht ein bißchen bitter, daß man das alles auch hätte sein können oder sein mögen, aber das ging ja nicht, ich war ja die Tochter dieses Mannes und hatte zu gehorchen.

Es haben mich nur sehr wenige Menschen interessiert, und die waren dann schon Überdurchschnitt."

Gerade der letzte Satz läßt keinen Zweifel mehr daran, daß sich Frau E. mit diesen auf die Spitze getriebenen Ansprüchen unter ihren Mitmenschen isolieren mußte und aus den zwischenmenschlichen Beziehungen keinen Gewinn für sich ziehen konnte, und daß die in der Isolation weiterhin gepflegte dünnkelhafte Fassade eines Tages zum Einsturz kommen mußte.

Interpretation

Die Antworten, die der Verfasser auf die Frage nach dem Lebensplan und -ziel erhielt, beinhalten das Thema Leistung in Beruf und Familie. Bei allen Patienten ist der Tenor gleich, wenn sie einige Eigenschaften angeben sollen, die sie gern besitzen würden. Sie nennen als Ich-Ideal: stärkere Nerven besitzen, belastbarer sein, über mehr Durchsetzungsvermögen und Arbeitskraft verfügen zu wollen. Dies ist eigentlich verwunderlich, wenn man bedenkt, was für ein enormes Arbeitspensum von ihnen bewältigt wird. Offenbar haben sie das rechte Augenmaß für eine realistische Einschätzung ihrer Leistung verloren, weil sie infolge ihrer ständigen Insuffizienzgefühle immer der Meinung sind, noch mehr leisten zu müssen.

Zu dieser Haltung sind sie durch den jeweils gleichgeschlechtlichen Elternteil gekommen, wie es schon bei dem Thema "Familienkonstellation" beschrieben wurde: Erstens entstand bei ihnen aufgrund der Familienstruktur und des wenig liebevollen Vaters in früher Kindheit und Jugend Angst, und zweitens wurde der Mechanismus der Identifikation wirksam, wobei sie gleichzeitig in ihrer Handlungsfreiheit und der Möglichkeit zur Selbsterfahrung und Selbstbewußtseinsbildung strikt eingeschränkt wurden.

Nur ein Wunsch an das Ich-Ideal unterscheidet sich von dem bei allen gleichklingenden Grundtenor, der sich auf das verbesserte Rüstzeug zur Leistungssteigerung bezieht, das ist nämlich eine Eigenschaft, die sich Frau Sch. wünscht: "Ich möchte anders sein, weil ich so schwermütig bin, alles so schwer nehme. Wenn ich andere

sehe, die leicht über alles hinweggehen, dann denke ich, wärst du nur auch so." Auch Frau E. äußert etwas in dieser Richtung: "Gleichmütiger zu sein, viel, viel gleichmütiger!" Die Fähigkeit, leicht über alles hinweggehen zu können und die Dinge leichter zu nehmen, ist sicherlich geeigneter, die prämorbide Situation zu verändern und das Abgleiten in die melancholische Phase zu verhindern, als weiter aufzurüsten im Kampf gegen den selbst errichteten Arbeitsberg und den zu weit geratenen Erwartungsrahmen. Aber diese Haltung des 'laissez-faire' von selbst einzunehmen, dazu sind die Patienten nicht in der Lage.

Bei dem Betrachten der von den Patienten zu diesem Thema geäußerten Ansichten wird nochmals deutlich, was schon im Kapitel "Lebenslauf, soziale Herkunft und Familienstruktur" beschrieben wurde, nämlich, daß die Patienten die an sich selbst gestellten hohen Erwartungen, Wünsche und Ansprüche auch auf ihre Kinder übertragen:

Verfasser: "Welche Erwartungen haben Sie an Ihre Kinder gestellt?"

Frau E.: "Vorwärts, vorwärts! Der Kleine hat seine Aufgaben oft erst am Morgen gemacht, da haben sich die Erwartungen natürlich nicht erfüllt. Und bei dem anderen Sohn brauchte ich überhaupt keine Sorgen haben, der lernte von selbst, machte sein Abitur, alles glänzend; in Berlin hat er promoviert. Das sind so die Sonnenseiten, aber Kinder verliert man. Große Söhne gehen aus dem Haus und nehmen sich Frauen."

Im vorigen Kapitel wurde schon erwähnt, daß die Patienten schon frühzeitig den sozialen Aufstieg planten, und daß dieser ihnen entweder auch selbst oder ihren Kindern gelang. Durch die Identifikation mit den Erfolgen der Kinder profitieren die Eltern, indem sie das erfolgreiche Kind als Teil der eigenen Person erleben. Andererseits wird der Auszug aus dem Elternhaus und das Heiraten als persönlicher Verlust empfunden ("... aber Kinder verliert man. Große Söhne gehen aus dem Haus und nehmen sich Frauen.") und sehr leibnah erlebt.

Wenn auch in verschieden deutlicher, so doch in immer feststellbarer Ausprägung ist die eine Charaktereigenschaft des Typus melancholicus, der erhöhte Selbstanspruch, wie oben dargelegt wurde, zu erkennen. Der Beobachter ist aber bei dem Versuch, die erforderlichen Daten und Charaktereigenschaften herauszukristallisieren, in hohem Maße auf Angaben der Familienangehörigen angewiesen, weil sich der Patient in den ersten Tagen weder sich, noch der Umwelt gegenüber als anspruchsvoll erweist, und weil er seine verstärkten Aktivitäten in Richtung auf das, was ihm Anerkennung und Bestätigung bringt, immer wieder rationalisierend mit Sachzwängen begründet.

Die zweite von TELLENBACH (26) postulierte Eigenschaft, die Ordnungsliebe, fällt bei einem Besuch zu Hause schnell auf:

Familie R. hat mit Hilfe eines Bausparvertrages an das Haus von Herrn R.'s Eltern angebaut, das einen sauberen und gepflegten Eindruck macht und eine gemütliche Einrichtung mit einem offenen

Kamin besitzt. Frau R.'s und ihrer Mutter ausgeprägter Ordnungssinn dokumentiert sich unter anderem auch darin, daß eine der beiden Frauen bei den Besuchen des Untersuchers immer weiterwirtschaftet, saugt, näht, stopft, wischt oder strickt. Da Frau R. mit den Schwiegereltern in einem Hause zusammenlebt, ist es interessant, daß sie ihre Schwiegermutter für schlampig hält. Sie könne diese Schlamperei nicht ertragen und putze deshalb bei ihr mit, obwohl sie getrennte Wohnungen besitzen. Die Ordnungsliebe geht so weit, daß die Kinder des Bruders, die antiautoritär erzogen worden seien, Familie R.'s Haus nicht mehr betreten dürfen, da sie dort bei einem früheren Besuch alles durcheinander gebracht hätten.

Herr Sch. beurteilt sich in dieser Hinsicht folgendermaßen: "Ja, ich lege sehr großen Wert auf Ordnung in meinem Betrieb." Er wohnt in einem schon betagten Haus mit einer Wohnungseinrichtung älteren Datums. Als das Gespräch auf das Thema kam, ob er sich in seiner Umgebung wohlfühle, verhielt er sich so, als müsse er sich entschuldigen: Er investiere seinen Gewinn vornehmlich in seine Gärtnerei. Sein Selbstbewußtsein ist stark von dem Gelingen der Blumenkulturen und vom geschäftlichen Erfolg abhängig, den er durch gute Organisation, Fleiß, Ordnung und Sauberkeit erreiche. Hierbei fällt auf, daß es ihm schwerfällt, einen Teil der Arbeiten und Kompetenzen zu delegieren, da er seinen Mitarbeitern nicht so viel zutraut wie sich selbst. Er betont, daß er sich in der Atmosphäre seines Hauses wohlfühlt. Der Verfasser hat den Eindruck, daß er sich nicht nur wegen der Investitionen in die Gärtnerei bis jetzt keine neue Einrichtung gekauft hat, sondern weil er eine Veränderung der ihn umgebenden Dingwelt scheut.

Frau Sch. lebt in einer Sozialwohnung, die mit älteren Möbeln ausgestattet ist, die bei ihr die Aufgabe erfüllen müssen, vor allen Dingen zweckmäßig zu sein.

Hierbei wird deutlich, daß man bei der Beurteilung der Atmosphäre im Hause neben der Persönlichkeit des Bewohners und der übrigen Familie auch noch dessen sozialen Rahmen und berufliche Situation berücksichtigen muß.

Auffällig und typisch für den Ordnungssinn von Frau Sch. ist das sich ständig wiederholende Glattstreichen der Tischdecke, die gar nicht verrutscht ist. Früher, meint sie, sei sie ordentlicher gewesen, aber seit ihrer Depression habe sie nicht mehr die Energie, ihre Aufgaben zu bewältigen, was sicherlich ihre Depression weiter unterhält, da sie jetzt ständig hinter ihrem hohen Selbstanspruch zurückbleibt.

Frau Sch. legt großen Wert auf die Feststellung, daß ihre Kinder immer sehr ordentlich und sauber gekleidet auf die Straße gegangen seien.

Frau Sch.'s Tochter beschreibt den Sinn für Ordnung und Sauberkeit ihrer Mutter: "Ab und zu kriegt sie ihren Rappel, dann stellt sie alles auf den Kopf, räumt die Schränke aus und spült und macht, oder wenn Geburtstag war, hat sie saubergemacht und gekocht und ist fast übergeschnappt bis die Gäste kamen."

Die Einrichtung von Frau E. ist ihrem sozialen Status und dem Geschmack ihres Ehemannes entsprechend in großbürgerlichem Stil gehalten. Wie ihren Augapfel hegt sie in ihrem Zimmer eine Ecke, die niemand verändern darf. Hier

hat sie Erinnerungsgegenstände und Bilder von geliebten und verehrten Personen mit großer Sorgfalt plazierte, unter anderem ein Bild aus ihrer Jugendzeit, von Theodor Storm und ihren Eltern. "Ich liebte mein zu Hause immer sehr, auch heute noch. Das ist meine kleine Welt, sage ich immer."

"Einen ausgeprägten Ordnungssinn hat sie, ja sie ist eigentlich übertrieben ordnungsliebend!", betont Herr E.. Dies hat sie in ihrem Elternhaus gelernt: "Unser Haushalt wurde sehr ordentlich geführt, sehr vornehm, alles in bester Ordnung ...".

Ihre Ordnungs- und Schönheitsliebe wird bildhaft von Herrn E. geschildert, wenn er beschreibt, mit welchem Aufwand seine Frau den Frühstückstisch bereitet: "Ja, wir stehen um sieben Uhr auf, frühstücken schön, der Kaffeetisch mußte immer prima gedeckt sein, sie hat schon hier einen Schönheitssinn entwickelt bis dorthinaus, immer nur das feinste Porzellan ordentlich plazierte." Bezeichnend ist auch, daß sie den Verfasser bei der ersten Begegnung auf seinen offenstehenden obersten Hemdknopf aufmerksam machte.

Der Ordnungssinn gestaltet auch einen Teil der Traumarbeit: "Da in M. hatte ich zuerst eine sehr nette Zimmergenossin, die hat mir morgens erzählt, was ich nachts laut geredet habe. Da soll ich ganz laut und deutlich gesagt haben: 'Wenn Sie den Knopf annähen an das Hemd, die Knöpfe sind in der kleinen, antiken Kommode auf der etwas größeren Kommode. Nähen Sie aber lieber alle Knöpfe neu an, damit sie zusammenpassen.' Diese Frau sagte mir, so etwas habe

sie ja noch nicht erlebt, daß jemand so genau etwas sagt."

Diskussion

Der Ordnungssinn dokumentiert sich nicht nur in der räumlichen Gestaltung der Dingwelt, sondern stellt auch den Antriebe dar für viele Tätigkeiten, die den Tagesablauf bestimmen. Dieser ist von morgens bis abends determiniert von dem rastlosen Schaffen für die Familie und die Wohnung, von dem großen Bestreben, das Erreichte zu bewahren und die Dingwelt, die nach eigenem Geschmack fein säuberlich geordnet ist, tagtäglich neu zu korrigieren, und von der Notwendigkeit, einem hohen Sauberkeits- und Ordnungsideal entsprechen zu müssen.

Bis auf Frau R., die allerdings mit der ganzen Familie Sport treibt und die Termine im Sportverein regelmäßig einhält, sind die Aktivitäten bei allen Patienten auch in der Freizeit und bei der Ausübung der Hobbys auf die Familie gerichtet.

Die klare räumliche und zeitliche Gliederung in dem eng abgesteckten Lebensbereich läßt die Vermutung zu, daß die Umwelt als zu bedrohlich empfunden wird, da sie in den - oberflächlich betrachtet - von Schwierigkeiten freien Lebensbereich mit Problemen einbrechen kann.

In diesem Zusammenhang muß man auch die Tatsache sehen, daß die Patienten, wenn überhaupt, nur ganz selten und ohne Begeisterung in den Urlaub fahren und schon gar nicht ins Ausland

verreisen, weil sie sich dort Unabwägbarkeiten und Situationen ausgesetzt sehen könnten, mit denen sie bei ihrer Rollenstarrheit nicht fertig würden. Am sichersten fühlen sie sich in ihren eigenen vier Wänden, in ihrer kleinen, überschaubaren Welt.

Frau Sch., die noch nie in den Urlaub gefahren ist, sagt: "Da hab' ich kein Interesse dran, da ist es mir zu fremd."

Bei der Durchsicht der Lebens- und Familiengeschichten läßt sich feststellen, daß die Eigenschaften Fleiß und Ordentlichkeit bei den Elternteilen der Patienten eine beherrschende Rolle spielten, die auf die Patienten in früher Kindheit und Jugend angstausslösend gewirkt haben. Angstausslösend war in diesen Phasen einmal die hohe Erwartungshaltung der Eltern und die damit verbundene Androhung von Strafe für den Fall des Nichterfüllens des von den Eltern geforderten Solls, und angstausslösend war zweitens die mangelnde Nestwärme und fehlende liebevolle Zuwendung vonseiten dieses Elternteils. Diese Situation wurde dadurch noch verschlechtert, daß der andere Elternteil nicht für einen Ersatz oder Ausgleich sorgen konnte. In zwei Familien fehlte der Vater ganz, und in den anderen beiden trat die Mutter unter der Dominanz des Vaters völlig in den Hintergrund oder übertrug sogar die eigene Angst auf das Kind.

Diese Faktoren führten zu einer starken Verunsicherung und verhinderten die Entwicklung eines Selbstbewußtseins, das als tragende Grund-

lage die Voraussetzung für eine sozial befriedigende Kommunikationsfähigkeit darstellt.

Welchen Stellenwert besitzt in diesem lebensgeschichtlichen Zusammenhang die Ordentlichkeit? In früher Kindheit wurde sie übernommen, um sich den elterlichen Normen anzugleichen und Konflikte und Strafen zu vermeiden. In späteren Lebensabschnitten hat sie die Bedeutung, die Selbstunsicherheit und Ängstlichkeit zu beherrschen, und Insuffizienzgefühlen, die sich bei dieser ungünstigen Grundlage bei noch erhöhtem Selbstanspruch und Unzufriedenheit mit sich selbst rasch einstellen können, zu begegnen.

Die Umwelt kann mit Hilfe der Mechanismen der Ordentlichkeit, des Verdrängens und Nichtbeachtens nach eigenem, aber wohl weitgehend unbewußtem Bedarf so reduziert und gestaltet werden, daß die depressive Persönlichkeit in ihr existieren kann.

Bei der Beobachtung der Reaktionsweisen der depressiven Persönlichkeit auf Störfaktoren, die ihre "kleine Welt" in Unordnung bringen könnten, fällt auf, daß fünf im Rahmen dieser Arbeit besonders auffällig gewordene Charaktereigenschaften der prämorbidem Persönlichkeit zueinander in einer Art zyklischer Bedingtheit stehen. Diese Eigenschaften stehen sich untereinander teils in proportionalem, teils in umgekehrt proportionalem Verhältnis gegenüber und bilden im Reaktionsablauf Teile, die in einem Kreis verbunden sind, die sich aber alle durch Querverbindungen erreichen und positiv bzw. negativ beeinflussen können. Die einzelnen Eigenschaften befinden sich untereinander in einem labilen Gleichgewicht, und der Kreis kann von jedem seiner Teile beeinflusst

werden. Dabei stehen die Ordentlichkeit, der Fleiß, der hohe Selbstanspruch, die Ängstlichkeit und Unsicherheit zueinander in einem direkt proportionalen Verhältnis. Diese Gruppe von Eigenschaften verhält sich aber der Aggression und der Kontaktfreudigkeit gegenüber umgekehrt proportional.

Wenn z.B. - was in jeder Familie festzustellen war - die Angst und Unsicherheit einer zu Depressionen neigenden Mutter dadurch zunimmt, daß ein Kind von zu Hause fortzieht, dann steigert die Mutter ihren Fleiß und die Ordnung im Haushalt und erhöht die Anforderungen an sich selbst. Ihre Aggressionen und die Fähigkeit, sich zu wehren, nehmen ab, während die Neigung, sich selbst anzuklagen, die Aggressionen gegen sich selbst zu richten, größer wird. Nun kann offenbar eine größer gewordene Angst und Unsicherheit durch größeren Fleiß und Ordnung kompensiert werden, und das ganze zyklisch verbundene Charaktersystem stabilisiert sich auf einem anderen Niveau in einem neuen labilen Gleichgewicht.

Wenn aber die Grenze der Kompensationsfähigkeit erreicht ist, die individuell verschieden ist und die man nicht mit 'normalen' Maßstäben und Vorstellungen von der Belastbarkeit eines Menschen bewerten darf, ist plötzlich der Verbund und die gegenseitige Beeinflussung der Eigenschaften aufgehoben. Dann ist ein Zustand erreicht, der der melancholischen Phase entspricht, in dem eine gesteigerte Angst nicht mehr mit dem von früher bekannten rastlosen Schaffen korreliert, sondern im Gegenteil die Hemmung des Antriebs in den Vordergrund tritt und das Darniederliegen der Vitalkräfte zum führenden Symptom der depressiven Phase wird.

II. 3. Das Angepaßtsein an die sozialen Normen

Alle Patienten und deren Familien sind an die sozialen Normen der Gesellschaft angepaßt, gehen Problemen aus dem Wege und interessieren sich dementsprechend auch nicht für Politik. Sie wissen wohl, daß es gesellschaftliche und Umweltprobleme gibt, die sie in einigen Punkten ganz konkret tangieren, versuchen aber, diese so gut es geht aus ihrem Bewußtsein zu verdrängen und ihren eng abgesteckten Lebensrahmen, der fast nur aus Familie und Wohnung besteht, konfliktfrei zu halten.

Es scheint so, als wollten die Patienten bei den Mitmenschen nicht auffallen und durch ihr konformes Verhalten Kritik, Konflikten oder gar Auseinandersetzungen aus dem Wege gehen. Diese Haltung läßt den Schluß zu, daß sie sich zu unsicher und zu schwach fühlen, Auseinandersetzungen auszutragen, und daß ihre Konfliktscheu und Konformität eine Schutzhaltung für ihr schwaches Ich darstellt.

Dies äußert sich im Jugendalter als Gehorsam gegenüber dem Elternhaus, in dem die Kinder so lange leben, bis sie heiraten. Und selbst danach bleiben zwei der Patienten im direkten, auch räumlichen Kontakt und elterlichen Tannkreis.

Im darauffolgenden Aufbau eines eigenen Familienlebens, eines eigenen Lebensbereiches und in der Bewährung im Beruf wird das von der Gesellschaft geforderte Maß an Treue, Fürsorglichkeit, Fleiß und Ordentlichkeit nicht nur erfüllt, sondern in vielen Bereichen weit übertroffen.

Bei der Kindererziehung kommen moderne und liberale Praktiken gar nicht erst in Betracht, und die Eltern wachen streng darüber, daß aus den Kindern

"etwas Ordentliches" (Frau R.) wird. Frau E. trieb sie immer an: "Vorwärts, vorwärts!"

Nicht nur mit den geschriebenen Gesetzen, auch mit der in unserer Gesellschaft herrschenden Ethik und Moral wird kaum jemals eine solche Persönlichkeit kollidieren.

Das Verhältnis zur Kirche ließ sich bei den Patienten nicht als einheitlich feststellen. Meist sind die Patienten mäßige aber regelmäßige Kirchgänger.

Frau Sch. hat sich damals sehr aufgeregt, als ihr Mann aus der Kirche austrat, weil sie - wie ihr Sohn bedauert - alles glaube, was der Pfarrer sagt.

Charakteristisch für eine prämorbid, depressive Persönlichkeit ist die Haltung von Herrn Sch., der wohl geglaubt haben muß, alle kirchlichen Gebote erfüllen zu können, was natürlich nicht möglich war. Dies wäre nahezu eine Situation geworden, auf die die von TELLENBACH (26) geprägten Begriffe der Inkludenz und Remanenz zutreffen hätten. Daß es dazu nicht gekommen ist, liegt an der Haltung, die er inzwischen eingenommen hat: er kritisiert die Vertreter der Kirche, die Pastoren, sie praktizierten selbst längst nicht alles, was sie von der Kanzel herunter predigen.

Einige Bemerkungen der Patienten und deren Angehörigen zu diesem Thema sollen das Angepaßtsein an die sozialen Normen verdeutlichen:

Herr Sch.: "Die politische Einstellung tendiert nicht unbedingt zu einer Partei hin, die ist verhältnismäßig neutral. Ich stehe auf dem Standpunkt, in jeder Partei gibt es Gute und Schlechte,

und man sollte die Guten vorne hinstellen und, dann ist jede Partei mit Ausnahme der Radikalen links oder rechts akzeptabel, möchte ich sagen."

Frau Sch.'s Sohn meint: "Ihre Einstellung war schon immer so gewesen, daß sie sich sehr streng nach dem Gesetz gerichtet hat. Wenn wir irgendetwas verbockt hatten, dann war der Teufel los bei uns zu Haus'. Eine politische Vorstellung hat meine Mutter überhaupt nicht. Sie liest nur die Klatschspalten."

Frau Sch. beurteilt ihr Interesse an Politik selbst: "Ich lese keine Bücher, nur solche Zeitschriften, wo Artikel über Prominente und Schauspielerinnen und Bekannte drinnen sind, das tue ich als einmal ganz gern lesen. Für Politik habe ich mich noch nie interessiert, die Tagesschau guck' ich mir manchmal an, aber das berührt mich nicht."

"Ja, was sehe ich gern? Solche Familienfilme, vor allen Dingen Operetten, ja und Shows, aber keine Krimis, wo es so viele Tote gibt, das hab' ich nicht gern!"

Herr E. beurteilt das Interesse seiner Frau so: "Sie beschäftigt sich auch heute mit Politik und früher hat sie auch Stellung genommen, aber gesellschaftskritisch war sie nicht." - "Die Klassiker mochte sie gar nicht, sie las, um mal einen zu nennen, Rainer Maria Rilke, auf der Basis etwa: neuere Literatur."

Auf meine Frage, ob Herr E. seine Frau für gläubig halte, sagt er: "Wir sind zwar kirchlich getraut, aber später sind wir nur noch

in die Kirche gegangen, wenn mal jemand getraut worden ist, aber sonst sind wir keine Kirchenläufer. Sonst, wenn es die Pflicht verlangt, unsere Kinder wurden konfirmiert, aber sonst möchte ich fast sagen, sind wir ziemlich freisinnig."

Frau E. selbst meint: "Mit Bader-Meinhof habe ich nichts im Sinn. Ich meine immer, so viele schlechte Menschen wie heute hat es früher nicht gegeben." Auf meine Frage, ob sie sich dafür interessiere, was in der Welt vor sich gehe, sagt sie: "Ich habe ja gar nicht den Wunsch, die Zeitung zu lesen, ich möchte sie ja nehmen, die Brille aufsetzen und lesen, aber ich möchte gar nicht sehen, was drin steht!"

II. 4. Kontaktfreudigkeit und Kommunikationsfähigkeit

Alle Patienten sind als kontaktarm zu bezeichnen, sie besuchen nur einige Verwandte und haben höchstens zu einem Nachbarn Kontakt bzw. freundschaftliche Beziehungen. Eine Ausnahme macht in dieser Hinsicht Frau E., die viel Korrespondenz geführt hat und weiterreichende Verwandtschafts- und Freundschaftsbeziehungen pflegte, die aber neben ihren depressiven Phasen noch manische hat und sich in mehreren Punkten von den übrigen Patienten unterscheidet. Sie ist wesentlich temperamentvoller, ideenreicher, musisch begabt, spielt Klavier und ist die einzige, die viel liest. Sie hat auch die beste Schulbildung und hatte, wie ihr Mann es nannte, "freisinnige Phasen", die wohl den manischen Phasen entsprachen.

Die Kontaktarmut, in allen Lebensabschnitten feststellbar, entwickelt sich in der Kindheit aufgrund von Ängstlichkeit und Selbstunsicherheit, die die Antwort auf das wenig Vertrauen und Geborgenheit schenkende Verhalten der Eltern darstellen. Das geringe Vertrauen zu sich selbst wird als Mißtrauen auch auf andere Personen übertragen. Frau Sch.: "Das hat keinen Wert, wenn man so große Freundschaft hält, zu viele Leute, das hat keinen Wert, meine Geschwister kommen als einmal und die Nichte von meinem Mann. Man soll sich die Leute erst prüfen, mit denen man Kontakt hält."

Bei dieser Einstellung verwundert es nicht, wenn sich die Patienten umso stärker an die wenigen Personen klammern, denen sie ihr Vertrauen einmal geschenkt haben. Frau Sch.'s Tochter bestätigt: "Sie ist auch sehr kontaktarm, so mit der Nachbarschaft ja, so die Frau im Haus, mit der sie abends eine Stunde spazierengeht, aber daß sie jetzt, wenn wir irgendwo sind, wenn sie jemand nicht kennt, da kann sie kein Gespräch anfangen. Und mein Vater, der spricht auch nicht viel."

Herr Sch. zeigt noch einen anderen Grund für die Einschränkung der Kontakte zur Umwelt auf: "Mein einziges Hobby ist, daß ich bei einem Kegelclub bin und hin und wieder kegeln gehe und an einen sog. Stammtisch freitags. Und wenn ich mich davor drücken kann, wenn ich Arbeit vorschieben kann, dann gehe ich da nur alle drei Wochen hin. Also das ist nicht so, daß mich das mehr anzieht als die Häuslichkeit hier. Ich fühle mich hier wohler. Wenn ich manchmal nach Hause komme und beim Stammtisch

war, dann frage ich mich, was für ein blödes Thema da wieder den ganzen Abend diskutiert worden ist, und ich sage mir, wärest du doch lieber daheim geblieben und hättest ein Buch oder eine Fachzeitschrift oder sonst irgendetwas gelesen, da hättest du sicherlich mehr davon gehabt."

Die Beschränkung auf wenige Beziehungen, von denen man weiß, was sie bringen, ist also auch eine Gewähr dafür, sein Schonklima zu Hause durch von außen hereingetragene Probleme nicht gefährdet zu sehen. Herr Sch.: "Das geht mir schon immer so, daß ich bei Veranstaltungen und gegenüber Personen gehemmt bin und gewisse Minderwertigkeitskomplexe habe."

Frau Sch. belegt ebenfalls die oben geäußerte Ansicht: "Man soll sich seine Leute erst prüfen, mit denen man Kontakt hält. Da sind viele drunter, die Durcheinander machen. Das kann ich nicht brauchen. Die enge Zusammenhockerei ist nicht gut."

Es scheint aber bei der Kontaktaufnahme der Antrieb nicht nur durch Mißtrauen und das Bedürfnis, Probleme fernzuhalten, blockiert zu sein, sondern die Fähigkeit zur Kommunikation ist auch eingeschränkt: "... und gegenüber Personen gehemmt bin und gewisse Minderwertigkeitskomplexe habe".

Hemmend bei der Kommunikation wirken die Unselbstständigkeit, die Minderwertigkeitskomplexe, die eingeschränkte Fähigkeit, aus sich herauszugehen und die Hemmungen, seine eigene Meinung auch gegen die Kritik anderer Leute zu äußern. Besonders schwer fällt der depressiven

Persönlichkeit in der Kommunikation, etwas Negatives über eine andere Person zu äußern. Frau E.: "Nein, aggressiv kann ich nicht sein." Sie wünscht sich: "Ich müßte mich besser wehren können."

Zu einer Einschränkung der Kommunikation kommt es auch allein dadurch, daß die Zahl der Kommunikationsthemen durch das Verdrängen von Problemen vermindert ist.

Als weiterer Aspekt kommt hinzu, daß sich die depressive Persönlichkeit durch den erhöhten Anspruch einschränkt. Frau E.: "Es haben mich nur sehr wenige Menschen interessiert, und die waren dann schon Überdurchschnitt."

Während ihrer manischen Phasen entstand aber ein anderes Bild. Herr E.: "Nein, sie war nicht kontaktarm, nein, sie war früher frei von Hemmungen, sprach jeden auf der Straße an, wenn es ihr paßte, sagte irgendetwas und hatte sofort Kontakt, aber Freundschaften halten, das weiß ich nicht, ob meine Frau das effektiv konnte. Denn sie hat viele Freundinnen und Bekannte, aber Vertraute hat sie eigentlich kaum. Sie ließ sich immer gerne, da sie eine schöne Frau war, ließ sie sich immer gerne anhebeln, und wer ihr schöne Komplimente machte, der war persona grata bei ihr." Er weist aber darauf hin, daß diese Charaktereigenschaften in den letzten Jahren einer großen Wandlung unterlagen, und daß ihre Kontaktfreudigkeit immer mehr abgenommen habe.

Grundsätzlich kann man sagen, daß die Suche nach mitmenschlichem Kontakt, das Bedürfnis, sich mitzuteilen und auf Resonanz zu stoßen,

eindeutig bei allen festzustellen ist, wenn es auch oft von Hemmungen, Mißtrauen und Selbstunsicherheit verschüttet ist und erst aufgedeckt werden muß.

So entsteht eine Diskrepanz zwischen dem Wunsch nach zwischenmenschlichen Beziehungen und den tatsächlich zustande gekommenen Freundschaften, die psychisch verarbeitet werden muß, um sie nicht als ständigen Konflikt erleben zu müssen.

Oft wird sie rationalisiert ("Wenn man so viel arbeiten muß!", "Mich haben nur sehr wenige Menschen interessiert, und die waren dann schon Überdurchschnitt.", "Das hat keinen Wert, wenn man so große Freundschaft hält, zu viele Leute, das hat keinen Wert.") und dient in dieser Einstellung gleichzeitig als Schutzhaltung: "Da sind viele drunter, die Durcheinander machen. Das kann ich nicht brauchen. Die enge Zusammenhockerei ist nicht gut."

Die Selbstunsicherheit und die "Minderwertigkeitskomplexe" werden bei der zwischenmenschlichen Kommunikation nicht offen dargeboten, sondern hinter einer dünnen Kruste von scheinbarer Selbstsicherheit und Selbstgefälligkeit verdeckt, die unter großer innerer Anstrengung produziert wird. Diese ist aber natürlich zu dünn, um allen Schwierigkeiten, die sich täglich ergeben, standzuhalten. Folgender Dialogausschnitt zeigt die Situation, wenn die Kruste durchbrochen wird bzw. "unter die Lupe genommen wird":

Herr E.: "Dann kommt manchmal der Parkinson dazu, dann macht sie einen Trippelschritt, dann bekommt sie Akineton dagegen."

Frau E.: "Daß du mich jetzt praktisch so unter die Lupe nimmst, das tut mir weh, du hast ja gehört, daß ich dem Herrn Löffler schon alles gesagt habe."

Herr E.: "Ich habe nichts gehört. Ich habe absichtlich nichts hören wollen. Ich habe mir gedacht, laß' die Frau reden, was sie will, jeder von seinem Standpunkt aus, nicht wahr, aus deiner Krankheitspsychose heraus. Ich kann dich ja nicht mit einem gesunden Menschen vergleichen, da müßte ich dir ja dauernd ins Wort fallen und dich berichtigen."

Frau E.: "Hören Sie sich das an, wie schrecklich, hören Sie sich das an! Wahnsinn! Das kann ich mir gar nicht vorstellen, daß du das tun würdest, daß mir das passieren würde!"

Die Interaktion und die Kommunikationsfähigkeit werden ganz erheblich gestört durch die so häufig notwendige Anpassung des Persönlichkeitsbildes bei der Selbstdarstellung, wobei sich die depressive Persönlichkeit an den Rollenerwartungen der Mitmenschen orientiert und die Erwartungen wegen der Rollenstarrheit selbst dann noch zu erfüllen sucht, wenn die Rolle nicht mehr den Gegebenheiten entspricht:

Frau E.: "Heute morgen hatten wir einen kleinen Zusammenstoß wegen einer nichtigen Angelegenheit, das würde einem normalen Menschen gar nichts ausmachen."

Herr E.: "Ach so, das kann ich Ihnen sagen: morgens kommt unsere Putzfrau, und meine Frau tut immer noch so, als ob sie den Haushalt hier beherrsche. Das tut sie mitnichten

nehr! Wir lassen ihr die Freude, daß sie sagen kann: 'Heute machen Sie das und das und so weiter.'

Frau E.: "Mich kann man nicht verkohlen!"

Herr E.: "Du brauchst ja auch nicht verkohlt zu werden, jedenfalls, die Hauptsache ist, der Apparat läuft, ob du im Bett liegst oder nicht."

Frau E.: "Das tut mir vielleicht doppelt weh!"

Herr E.: "Ich muß aber dafür sorgen, daß es läuft."

Frau E.: "Mir wäre es lieb, wenn ich unersetzlich wäre. Ich finde es schrecklich, wenn man ein Nichts ist!"

Herr E.: "Ist ja alles schön und gut, Tränen, aber das nützt ja alles nichts."

Die Aufdeckung der Tatsache, daß die Art und Weise, wie sich die depressive Persönlichkeit verhält und darstellt, zum Teil nicht den Tatsachen entspricht, "tut weh". Aber auch solange dies nicht aufgedeckt wird, dürfte der persönliche Gewinn aus solchen Interaktionen sehr gering sein, da die betreffende Person an ihrer Identität vorbeilebt.

II. 5. Ängstlichkeit und Angst

Daß alle Patienten eine mehr oder weniger ausgeprägte ängstliche Grundhaltung besitzen, kann man so erklären: Die übergroße Angst vor dem Vater bzw. vor der Mutter wurde schon in der Kindheit verinnerlicht, und wo der Vater nicht vorhanden war, konnte die Mutter das Anlehnungsbedürfnis der Töchter und deren Verlangen nach Zärtlichkeit, Sicherheit und Geborgenheit nicht befriedigen, was zur Angst führte.

Herr Sch. erzählt zu diesem Thema:

"Ein gewisses Angstgefühl zieht eigentlich durch mein ganzes Leben. Wir sind vom Vater sehr streng gehalten worden, und der Vater hat damals schon sein Augenleiden gehabt, und ich mußte schon als Junge viel in der Gärtnerei mithelfen. Wenn man dann mal weg war mit Freunden oder Bekannten und man kam zurück, dann ist man schon mit einem gewissen Angstgefühl in die Wohnung getreten, wie wird es dem Vater jetzt gehen, wie wird jetzt seine Stimmung sein. Das mag auch einen Einfluß auf die jetzige Sache haben. Dann bin ich früh in die Gefangenschaft gekommen, mit knapp 18 Jahren, war 3 1/2 Jahre in Gefangenschaft, auch da war immer wieder ein Angstgefühl vorhanden. Das war bei mir schon in der Volksschule so, daß ich lieber in die Schule gegangen bin als zu Hause zu sein. Ich war immer froh, wenn wir nachmittags noch Schule hatten, dann brauchte ich zu Hause nicht mitzuarbeiten. Ich mußte bis fünf Uhr in der Gärtnerei mithelfen und dann durfte ich auf den Sportplatz. Und da bin ich ruhigen Schrittes bis an das Tor gegangen und wenn ich um den Türpfosten herum war, bin ich gelaufen, was ich

laufen konnte, nur damit ich den Pfiff nicht gehört habe, wenn dem Vater noch etwas ein-gefallen wär'. Das ist vielleicht auch so ein Symptom."

Herr E. nimmt im Falle seiner Frau folgende Entstehungsmöglichkeiten der Angst an:

"Angst hat sie eigentlich immer gehabt vor ihrem Vater. Sie mußte immer für ihren Vater arbeiten unter dem Druck einer gewissen Angst, etwas nicht zu können, aber doch zu müssen."

Frau E. kann diese Aussage konkretisieren:
"Diese Angst vor dem Vater, die werde ich nicht los, die steckt in mir, ganz gleich, wovor ich stehe. Die Angst, die hat angefangen, ich habe Tagebuch geführt, schon 1941, jetzt rechnen Sie sich das bitte aus. Zuerst wußte ich ja gar nicht, was das war. Später hörte ich, daß das Depressionen seien, und die habe ich heute noch. Meinen Sie, ich könnte eine dieser furchtbaren Begebenheiten mit dem Vater vergessen? Ich kann es nicht! Wir haben unsere Pflicht bis zum Äußersten erfüllt und waren abends natürlich müde von dieser Dressur und mußten dann abends noch in aller Höflichkeit 'Gute Nacht' sagen. Immer wieder und wieder fallen mir diese Sachen ein, und Angst hing komischerweise immer mit ihm zusammen. Das ist der Urgrund von der ganzen Sache, die Angst vor dem Vater. Mein Zimmer lag neben seinem, und da rief er manchmal mitten in der Nacht: "Wieviel Milch hat die Kuh Nr. 24 gegeben?" oder "Wieviel Geld ist im Haus?", entsetzlich, und dann mußte man morgens anklopfen und sagen: "Guten Morgen, Vater, das Jetter ist gut, welches Pferd wünschst du angespannt zu

haben und welchen Wagen möchtest du benutzen?'
Das könnte man als Buch bringen, dieses Leben."

Es ist hier festzuhalten, daß die Angst, die später in der Psychodynamik der Depression eine große Rolle spielt, in der Kindheit als Angst vor dem Vater begann ("Das ist der Grund von der ganzen Sache, die Angst vor dem Vater.") und später so verinnerlicht wurde ("... die steckt in mir, die werde ich nicht mehr los."), daß das Objekt der Angst in den Hintergrund tritt, sich die Angst gewissermaßen verselbstständigt ("... ganz gleich, wovon ich stehe.") und eine existentielle Bedeutung und Dimension gewinnt.

Den Frauen E. und R. wurde die Reaktionsweise Angst in dieser verunsichernden Familienatmosphäre von den Müttern beispielhaft vorgelebt: Frau R. erzählt, daß ihre Mutter auf sie als junges Mädchen angstauss lösend gewirkt habe, "weil sie oft, wenn ich nach Hause kam, mit kummervollem, nach innen gekehrtem Blick dasaß."

Frau E. schildert die Situation ihrer Mutter: "Ja, und meine Mutter, die arme, die war ja immer gejagt von Angst und kam durch die Angst vor dem schrecklichen Menschen, durch seinen Jähzorn, zum Morphinum. Die leeren Ampullen fand ich überall im Haus, die waren da so druntergeklebt, als sie tot war und ich das Haus aufräumen mußte. Aber das nenne ich Angst, solches Leben!"

Die aus der Unsicherheit wachsende Angst ist offenbar der Drehpunkt im Leben der depressiven Persönlichkeit, von dem aus Aktivitäten frei werden, die diese Angst beherrschen sollen. Sie treten biographisch als Fleiß, Ordent-

lichkeit, Treue, Fehlen von Lastern und Aggressionen, Beschränkung der Kontakte usw. in Erscheinung. Diese Aktivitäten und Eigenschaften werden mit der Zunahme der Angst ausgeprägter, was den Familienangehörigen besonders am Fleiß und der Ordentlichkeit auffällt, die von einem schon hohen Niveau aus noch weiter gesteigert werden.

Daß in einer angsterzeugenden Situation gerade die oben genannten Eigenschaften stärker betont werden, liegt wohl in unserer Kultur begründet, die der Leistung eine große Bedeutung beimißt und den Gedanken an Schuld und Strafe kennt.

Die Reaktionsmuster auf Angst werden schon zu einer Zeit von den Eltern eingeübt und erlernt, in der das Kind unter Umständen noch gar keine Angst hat, aber schon nach Verhaltensregeln leben muß, die dazu dienen, die Angst der Mutter zu verkleinern.

So übte Frau R.'s Mutter eine strenge Zensur unter den Spielgefährten ihrer Tochter aus, um sie von lauten und impulsiven Kindern fernzuhalten, deren Einfluß auf ihre Tochter sie fürchtete. Ganz analog hierzu dienen heute Frau R.'s Bemühungen, ihre Kinder rund um die Uhr zu beschäftigen, dazu, "daß sie auf keine dummen Gedanken kommen". Ihre Begründung gibt ein Behüten der Kinder vor, es wird aber deutlich, daß ihre Erziehungspraktiken dazu geeignet sind, die Kinder im Auge zu behalten und Einflüsse, die ihrer eigenen ängstlichen Haltung widersprechen, rechtzeitig ausschalten zu können.

Dieses Verhalten ähnelt auffällig den Bemühungen in angstneurotischen Familien, die H. E. RICHTER (21) in seinem Buch 'Patient Familie' beschrieben hat.

II. 6. Aggressionen

Aus Angst können Aggressionen entstehen gegen den Angst auslösenden Faktor, in diesem Fall gegen den entsprechenden Elternteil. Aggressive Handlungen gegen die Eltern kann man aber bei keinem der Patienten feststellen. Dazu waren sie wegen der großen Abhängigkeit von dem Elternteil in der Kindheit nicht fähig. Folgerichtig muß man die Hypothese aufstellen, daß das Kind entweder gar keine Reaktion auf das Verhalten der Eltern zeigte, was unwahrscheinlich ist, oder die Aggressionen sublimierte; oder man muß FREUD (23) zustimmen, der in der Selbstquälerei des Depressiven die Befriedigung von sadistischen und Haßtendenzen sah, die einem Objekt gelten, sich aber in der Depression gegen die eigene Person gerichtet haben. Wenn man diese These ausdehnt, kann man sie auf weitere Lebensphasen anwenden: Zwar äußert der Depressive über viele Dinge seinen Unmut, dieser ist aber weit von Aggressionen entfernt und führt nie zu konkreten Aktionen und Handlungen, diesen zu beseitigen. So liegt es nahe anzunehmen, daß diese Form der Verarbeitung von aggressiven Impulsen bzw. von dem, was dazu führen müßte, sich als einmal in der Kindheit erlernte Reaktionsform festgesetzt hat, im späteren Leben unter den entsprechenden Umständen wieder Anwendung findet und sich in Form einer Depression äußert. Diese Aggressionen gegen sich selbst können dann so stark werden, daß es zum Suizidversuch kommen kann.

Die bei Kenntnis der Lebensgeschichten oft erwarteten Aggressionen gegen bestimmte in späteren Lebensabschnitten einengende Personen lassen sich nie feststellen und werden auch bei Befragen verneint.

Frau E.: "Nein, aggressiv kann ich nicht sein, ich müßte mich besser wehren können."

Herr E.: "Aggressionen sind mir nicht aufgefallen."

Dieses Verhalten kann man so interpretieren, daß die Art der Verarbeitung der Impulse gegen die Eltern in der Kindheit so beispielhaft war, daß sie später auch bei Aggressionen gegenüber anderen Personen wiederholt wird.

Eine subtile Form der Aggressivität läßt sich bei Frau Sch. feststellen. Ihr Sohn erzählt: "Man durfte ein Thema anschneiden, egal was das war, wenn sie kein Recht bekam, entweder man hat von vornherein zurückgesteckt, aber wenn das Gespräch weitergegangen ist, daß man seine Meinung kundgetan hat, dann ist das so weit gegangen, daß sie gesagt hat: 'Ihr seid daran schuld, daß mein Zucker hoch ist wegen der Aufregung.'"

Dieses Zitat macht nochmals deutlich, daß die depressive Persönlichkeit unter einer Kommunikationsstörung leidet, die sich unter anderem in einem Mangel an der Fähigkeit, Aggressionen zu äußern und Konflikte auszutragen, offenbart.

Statt dessen werden die Auseinandersetzungen mit dem Hinweis auf körperliche Veränderungen, aus denen ein Krankheitsgewinn gezogen wird, abgeblockt.

Diese Art der Erlebnis- und Konfliktverarbeitung ist für die depressive Persönlichkeit typisch. Sie ist eine sehr leibnahe, körperbezogene Erlebnisverarbeitung.

II. 7. Temperament

In der Zeit vor der Erkrankung und zwischen zwei depressiven Phasen sind die Patienten zwar rege und arbeitsam bis in den späten Abend, sie sind aber nicht als temperamentvoll zu bezeichnen. Die Geschwindigkeit ihrer Bewegungsabläufe und ihres Gedankenflusses nimmt mit der Anzahl der depressiven Phasen ab.

Der Tagesrhythmus ist durch eine lange Anlaufzeit am Morgen und ein Freierwerden am Abend gekennzeichnet, korrelierend mit ihrer psychischen Verfassung und Stimmungslage.

Emotionelle Ausbrüche und Überschwenglichkeit bei Gefühlsäußerungen sind den Familienangehörigen unbekannt. Auf der gleichen Ebene liegt auch die im vorigen Kapitel festgestellte mangelhafte Fähigkeit zu Aggressionsäußerungen.

Nach einer Längsschnittbetrachtung muß man feststellen, daß sich das Temperament in den verschiedenen Lebensabschnitten von Frau E., die auch zwei manische Phasen aufweist, gewandelt hat.

Herr E., der sie kennenlernte, als sie siebzehn Jahre alt war, bescheinigte ihr damals Schlagfertigkeit und Aufgeschlossenheit. Auf die Frage, wie er seine Frau in den ersten Ehejahren charakterisieren würde, entgegnete: "Die war auf der einen Seite ein sehr sen-

sibler, feinsinner, dem Musischen zugeneigter Mensch, auf der anderen Seite konnte sie sehr energisch sein."

Es wird aber deutlich, daß sich die Schlagfertigkeit und das Temperament mit zunehmendem Lebensalter und besonders von Phase zu Phase immer mehr verlieren, daß sie in einer manischen Phase dann aber den Angehörigen, die diese Charakterzüge inzwischen schon vergessen haben, sehr zu schaffen machen.

Herr E.: "Das waren grausame drei Wochen da im Schw., und die Manie trat dann hier zu Hause immer mehr in Erscheinung, so daß ich da erst merkte, das ist ja keine Wahnvorstellung mehr, das ist ja eine Krankheit."

II. 8. Suchtverhalten und Laster

Laster oder gar eine Sucht sind den Patienten und den Angehörigen unbekannt, und sie können sich auch nicht vorstellen, Fortuna in einer Spielbank auf die Probe zu stellen.

Sie sind in der Lage, sich ihr Geld einzuteilen, mit Ausnahme von Frau Sch., die ihre Kinder so reichlich beschenkte und ihnen nebenbei so viel zukommen ließ, daß darunter die Haushaltskasse litt.

Allgemein ist es so, daß das Geld dort investiert wird, woher die Patienten ihre größte Bestätigung erhalten. Das ist bei allen die Familie, besonders die Kinder, und in Herrn Sch.'s Fall die Gärtnerei, die aber als Familienunternehmen in diesen Rahmen paßt.

Die Eigenschaften, kein Laster zu besitzen und kein Suchtverhalten zu zeigen, stehen in Zusammenhang mit der Ängstlichkeit, dem angepaßten Verhalten gegenüber den sozialen Normen und der großen Ordnungsliebe, die zusammen Exzesse jeder Art und auffälliges Abweichen von der Norm verhindern.

So ergibt sich insgesamt gesehen das für einen konservativen Politiker sehr erfreuliche Bild eines ordentlichen, angepaßten, lasterfreien, risikofeindlichen, weil ängstlichen Bürgers. Die Befragung der Patienten nach ihrer politischen Orientierung ergibt auch dementsprechend eine ablehnende Haltung gegenüber linken und extremen rechten Parteien.

II. 9. Sexualität

Alle Patienten sind von den Eltern nicht aufgeklärt worden. Frau Sch.: "Aufklärung, nein, das gab's früher nicht." Vielleicht gab es das früher wirklich nicht, der Grund dafür lag aber in der sexualfeindlichen Einstellung, die sich bei allen Eltern der Patienten findet. Diese wurde von den Patienten übernommen.

Herr R. äußert, die sexuellen Beziehungen zu seiner Frau seien immer gestört gewesen. Als Grund nennt er, Frau R. habe einen sehr unregelmäßigen Zyklus gehabt. Die Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft sei immer hemmend gewesen. Die Pille habe Frau R. trotz ärztlichen Anratens aus Angst vor Krebs nicht einnehmen wollen. Frau R. macht sich Sorgen wegen ihrer Tochter, die fünfzehn Jahre alt ist und das andere Geschlecht mehr entdeckt hat, als es Frau R. recht ist: "Man hat ja in diesem Alter selbst Erfahrungen gemacht, die man seiner Tochter ersparen möchte."

Herr H. nennt seine Frau prude. Als er diese Eigenschaft zu Beginn seines Ehelebens feststellte, ging er mit diesem Problem zu einem Arzt, der ihm gesagt habe, er müsse sich damit abfinden, daß es auch frigide Frauen gebe. Herr Sch. hält sich selbst auf diesem Gebiet für genehmmt. Fragen darüber sind ihm unangenehm.

Für die Patienten ist also ein wichtiger Teil ihrer Persönlichkeit, der dazu geeignet ist, Lust, Freude und Bestätigung zu gewinnen, zum Problem geworden.

Wenn man diese Tatsache mit analytischen Vorstellungen erklären wollte, so fällt auf, daß bei den Patientinnen als erstes liebenswertes Sexualobjekt der Vater nicht vorhanden oder als Tyrann nicht liebenswert war.

II. 10. Kriterien bei der Partnerwahl - Erfüllt
der Ehepartner die in ihn gesetzten
Erwartungen?

Frau R. lernte ihren Mann auf einem Neujahrsfest bei der Damenwahl kennen. Sie ist der Meinung, daß sie in ihm nicht das Gefundene habe, was sie sich erhofft hatte. Sie beklagt sich, er sei zu egozentrisch, er "hat immer recht", und er überlasse ihr zu viele Besorgungen, die er selbst erledigen könne. Daß sie mit ihm nicht zufrieden ist, bringt sie mit der Bemerkung zum Ausdruck: Was sie am meisten brauche, sei ein Mann, an den sie sich anlehnen könne, der für sie eine Stütze sei.

Ihre Mutter, die die Ehe nach Sternbildern bewertet, gibt ihr nur die Note vier.

Herr Sch. hat vor seiner Ehe Freundinnen gehabt, die seiner Meinung nach nicht zum Gärtnerberuf gepaßt hätten, da sie zum Teil Abitur hatten und studieren wollten. Seine Partnerwahl war stark beeinflusst von der Vorstellung, daß seine künftige Frau gut in eine Gärtnerei passen müsse. Er richtete seine Berufswahl nach seinem Vater aus und die Wahl der Ehepartnerin nach dem Beruf, den er eigentlich gar nicht hatte erlernen wollen. Er sagt, er habe Jahre gebraucht, um sich auf seine Frau einzustellen. Er schildert dieses Problem folgendermaßen: "Vor meiner Ehe habe ich mit Freundinnen und Freunden verkehrt, aus denen ich mir, wenn ich Rücksicht auf mein Geschäft und meinen Beruf nehmen wollte, konnte ich mir aus diesem Kreis keine Frau nehmen. Und zwar deshalb, weil sie nicht in diesen Beruf gepaßt hätte.

Und das hat mir auch noch mal Umstände gemacht. Ich bin mit Freunden verkehrt, die haben alle Abitur gemacht und studiert, und mit den Mädels war es genauso. Und da waren auch ein, zwei Mädels dabei, mit denen ich mich über diesen Punkt auch unterhalten habe, die gesagt haben, ich kann das auch, und ich habe ihnen das nicht zugestanden. Und das war für mich auch so, wissen Sie, ich mußte mich zwingen, aus dieser Gesellschaftsschicht wegzugehen. Nicht, daß ich meine Frau verniedlichen will, die ist aus der Landwirtschaft und hatte auch keine Möglichkeit, damals auf die Schule zu gehen, sie hätte das auch ohne weiteres gekonnt und ist auch sehr talentiert in vielerlei Hinsicht. Aber sie war halt damals als junger Mann nicht mein Umgang. Und das hat mich auch unbewußt einige Jahre der Umstellung gekostet bis ich mich ganz auf meine Frau eingestellt hatte. Nicht, daß wir eine schlechte Ehe geführt hätten, aber so ganz von innen heraus, von mir aus wenigstens, war die Beziehung nicht."

Frau Sch. lernte ihren Mann bei dessen Fronturlaub kennen, als er bei gemeinsamen Bekannten zu Besuch war. Er ist nach Angaben seiner Kinder nicht gerade gefühlskalt, aber doch etwas zu kühl zu seiner Frau, so daß er deren starkes Anlehnungsbedürfnis nicht befriedigen kann. Frau Sch.'s Schwiegersohn meint: "Mein Schwiegervater ist nicht einer, der seine Gefühle zeigen kann, also zärtlich sein oder sowas, mal streicheln oder einen Kuß geben, das habe ich bei denen noch nie gesehen, sie gibt ihm schon mal einen Kuß, aber er nie, er kann das nicht."

Frau E. lernte ihren Mann mit siebzehn Jahren kennen und sagte am gleichen Abend zu ihrer Mutter, daß sie diesen Mann heiraten wolle und sonst keinen. Ihr habe sein sicheres und ge-

wandtes Auftreten und seine Herkunft als Sohn einer Reedereifamilie imponiert. Ihre hochgesteckten Erwartungen konnten aber nicht erfüllt werden: "Sie hat häufig manchen Mann besser gefunden als mich, aber das liegt ja Jahre zurück. Da hat sie gesagt, schau' mal, der und der und der, die sind viel weiter als du. Da habe ich gesagt, die sind nicht im Krieg gewesen, die haben nicht alles verloren, und die konnten noch etwas aus dem Krieg retten, und wir haben alles verloren. Und ich sagte, sei vorsichtig, mein Kind, alle die du genannt hast, die brechen sich noch mal die Beine. Und ich kann nicht wieder groß einsteigen und risikoreich leben, ich habe eine Familie, ich muß klein anfangen, ganz klein. Und so ist es auch gekommen, wie ich es ihr gesagt habe, einer ist bankrott gegangen, der zweite ist bankrott gegangen, der dritte ist an Krebs gestorben, und nur noch einer lebt - und das bin ich.

Sie hat zwar mal eine Phase gehabt, die sich über mehrere Jahre erstreckte, daß sie angeblich einen Mann mehr liebte als mich, und da habe ich ganz kurzen Prozeß gemacht, ich habe den Mann eingeladen und habe ihn vor die Alternative gestellt: 'Sie können meine Frau heiraten, dann machen Sie aber meine Kinder mutterlos, oder Sie tun es nicht.' Und ich habe sie auch so vor die Frage gestellt, ganz hart."

Frau E. beurteilt die eheliche Entwicklung so: "Nur Schelte gewöhnt sein und auf einmal Liebe und Güte erleben, da ist es nicht schwer, in die Ehe zu gehen. Das war als wenn die Glocken läuteten, ich kannte ja nichts als Schelte."

Verfasser: "Welche Eigenschaften haben Sie sich bei Ihrem Ehemann gewünscht?"

Frau E.: "Freiheit, er mußte mir Freiheit geben. Und Offenheit, die unbedingt zwischen uns herrscht."

Verfasser: "Welche Erwartungen haben Sie an Ihren Mann gerichtet?"

Frau E.: "Viel, viel mehr; aber ihm waren ja Grenzen gesetzt. Und es fiel mir sehr schwer, mich damit abzufinden - sehr."

Außer für Herrn Sch., für den das wichtigste Kriterium bei der Partnerwahl die berufliche Übereinstimmung in Hinblick auf eine tatkräftige Unterstützung durch seine Frau in der Gärtnerei war, stellten für die anderen Patientinnen folgende Eigenschaften die entscheidenden Kriterien dar:

Die Frauen suchten alle einen Mann, der ihrem starken Anlehnsbedürfnis gerecht werden sollte. Interessant ist nun, daß alle nicht das im Partner gefunden haben, was sie sich erhofften, sondern daß ihre Unsicherheit in den Außenkontakten im Laufe der Ehe auf die Probe gestellt wurde, und daß diese Unsicherheit und Unselbstständigkeit unter großem Energieaufwand immer wieder überwunden werden mußten.

Erstaunlich ist, wie gut die Patientinnen die zusätzlichen Belastungen durch den Ehepartner trotzdem bewältigten.

Auch wenn die Ehepartner alle nicht in der Lage waren, das große Nachholbedürfnis an Liebe und Zärtlichkeit zu befriedigen, das ihre Ehefrauen

aus der Kindheit und Jugendzeit mit in die Ehe brachten, und das Gefühl der Geborgenheit anstelle der Eltern, die dies nicht konnten, zu vermitteln (Frau E. ruft ihren Mann "Mutter"), so erweist sich die Partnerwahl in folgenden Punkten doch als richtig: Alle Ehepartner sind treu, sie konzentrieren ihre Aktivitäten auf das Familienleben und den Beruf und gehen ohne ihre Ehefrauen abends nicht aus.

Sie sind bereit, das familiäre Schonklima mit zu pflegen, und es ist ihnen selbst angenehm, Unabwägbarkeiten aus dem Weg zu gehen und für Ordnung zu sorgen.

Dies läßt darauf schließen, daß alle diese Eigenschaften des Depressiven, die seinen Lebenslauf prägen, in genügend großer Ausprägung auch im Ehepartner vorhanden sind, so daß so viel Resonanz und Verständnis entstehen, die ein freiwilliges Einlenken und gemeinsames Handeln ermöglichen, um die "kleine Welt" (Frau E.) zu schaffen und abzusichern.

II. 11. Das Verhalten unter Streßbedingungen

Das Verhalten unter Streßbedingungen, unter Bedingungen der erhöhten Anforderungen an sie, ist bei den Patienten unterschiedlich, je nachdem, wie viele Depressionen sie schon durchlebt haben und in welchem Maße sie danach ihre alte Leistungsfähigkeit wiedererlangen konnten. In der Zeit vor der Verstimmung vertrugen sie Streßbedingungen ausgezeichnet und konnten sich in ihnen noch steigern. Frau Sch.: "Früher bin ich fester rangegangen, früher habe ich gewaschen, gebügelt, gekocht und ausgebessert, alles an einem Tag."

Nach mehreren Depressionen läßt ihre Leistungsfähigkeit aber soweit nach, daß sie nicht mehr alles schaffen, was sie sich vorgenommen haben. Daß sich dabei ein Defizit ergibt, das als Schwäche empfunden wird, ist ein Faktor, der die vollständige Genesung verhindert bzw. die Depression chronisch werden läßt, da man beobachten kann, daß die an sich selbst gestellten Anforderungen und der Selbstanspruch, wenn überhaupt, nur langsam reduziert werden.

Es ist bei der Beurteilung, wie sich die Patienten unter erhöhten Anforderungen verhalten, wichtig zu differenzieren, welcher Art diese erhöhten Anforderungen sind. Entscheidend hierbei ist, ob von dem Patienten ein Rollenwechsel verlangt wird oder nicht. Soll er sich in seinem gewohnten Rahmen und seinen üblichen Tätigkeiten steigern, so kann er das ausgezeichnet. Herr Sch.: "... im Gegenteil, ich steigere mich dann noch."

Ganz anders ist es dagegen, wenn sich die häusliche Umgebung oder die Familienstruktur ändert:

Dann brauchen die von der Umwelt an den Patienten herangetragenen Anforderungen gar nicht erhöht sein, die veränderte Situation an sich wird dann als Streß empfunden.

Dafür findet sich in jeder Familie mindestens ein Beispiel, und oft kann man diese veränderte Situation, die einen Rollenwechsel erfordern würde, in zeitlichem und pathogenetischem Zusammenhang sehen mit dem Beginn einer depressiven Phase.

So fällt der Beginn der melancholischen Phase bei Frau R. und Frau Sch. mit dem Fortziehen ihrer Söhne wegen beruflicher Veränderung bzw. Einberufung zur Bundeswehr zeitlich zusammen. Auch Frau E. empfand diese Situation als belastend: "Aber Kinder verliert man. Große Söhne gehen aus dem Haus und nehmen sich Frauen."

Es ist also festzustellen, daß für den Depressiven Streß weniger bedeutet, daß er im gewohnten Rahmen mehr leisten soll, sondern daß er als Streß besonders eine Situation empfindet, in der von ihm eine Änderung seiner gewohnten Fähigkeiten gefordert wird und in der sich die Umweltbeziehungen wandeln.

II. 12. Abwehrverhalten und Kompensationsmöglichkeiten

Dieses Thema ist mit dem vorangehenden Kapitel inhaltlich eng verbunden. Wie dort betont wurde, werden Streßbedingungen, die sich qualitativ im gleichen Rahmen bewegen wie die normalerweise vorzufindenden Lebensbedingungen, mit einer Leistungssteigerung beantwortet, die die Funktion einer Kompensationsmöglichkeit besitzt.

Die Dekompensation tritt erst dann ein, wenn eine weitere quantitative Leistungssteigerung deshalb nicht mehr möglich ist, weil die depressive Persönlichkeit auszeichnenden Charaktereigenschaften Ordentlichkeit und Gewissenhaftigkeit einem rationellen, leistungssteigernden Handeln im Wege stehen.

Dies ist sehr deutlich im Gärtnereibetrieb von Herrn Sch. zu erkennen, läßt sich aber auch bei der Haushaltsführung der Patientinnen registrieren:

Tochter von Frau Sch.: "Ab und zu kriegt sie ihren Rappel, dann stellt sie alles auf den Kopf, räumt die Schränke aus und spült und macht, oder wenn Geburtstag war, dann hat sie saubergemacht und gekocht und ist fast übergesschnappt bis die Gäste kamen."

Wie im vorangehenden Kapitel beschrieben und an lebensgeschichtlichen Daten aufgezeigt wurde, tritt eine Dekompensation rascher dann ein, wenn die Aufgabe der bisherigen Rolle durch Veränderungen im familiären und sozialen Gefüge gefordert wird.

Für Herrn Sch. existieren noch folgende zwei Kompensationsmöglichkeiten: "Da ist es für mich wichtig, daß man eine Stütze hat, das ist meine Frau, die mich da unterstützt und die Sache etwas leichter erscheinen läßt, das ist sehr wichtig für mich. Die beste Therapie außer der ärztlichen ist bei mir, wenn ich im Beruf, im Geschäft einen günstigen Verlauf habe, wenn alles gut läuft, das hilft mir dann, wenn aber jetzt in dieser Situation auch noch geschäftlich vieles schiefgeht, und oft ist es ja ausgelöst durch diese Situation, weil ich ja letztlich doch der bin, der hier die Kommandos gibt und die Fäden in der Hand hält, und vielleicht ist es bedingt dann, daß man durch irgendwelche zaghafte Entscheidungen, daß dann oft etwas so läuft, wie es nicht laufen soll."

Herr E. beobachtete, daß seine Frau von den Depressionen abgelenkt wurde, wenn sich ein somatisches Krankheitsgeschehen bemerkbar machte:

"Sobald sie eine andere Krankheit hatte, wurden die Depressionen weniger. Wenn sie etwas anderes hatte, was sie mehr beschäftigte, dann gingen die Depressionen zurück. Das andere war dann wichtiger. Diese Beobachtung habe ich auch gemacht, als sie über Nierenschmerzen klagte und ich mit ihr von Arzt zu Arzt rannte, es waren dann Gallensteine. Als die Schmerzen anfangen, hatte sie auch Depressionen, und die traten dann ganz in den Hintergrund, die waren dann fast nicht da."

Auch bei Frau E. spielt das Bewußtsein der Nähe und Hilfe des Ehepartners als Kompensationsmöglichkeit eine gewisse Rolle:

Herr E.: "Das war auch wieder komisch, schlief ich beim Mittagsschlaf im Herrenzimmer, das tue ich schon manchmal, dann schlief sie nicht, legte ich mich aber neben sie in's Bett, schlief sie. Also irgendwie ist sie in gewisser Weise egozentrisch und im Prinzip auf mich eingestellt, was mir manchmal sehr lästig ist, darf ich auch sagen."

Frau Sch. und Frau R. konnten für sich eine Hilfe durch den Ehemann, die die aufkommende Depression hätte zurückhalten können, nicht bestätigen.

Für Frau E. hingegen existierte noch eine zweite Person, aus deren Beziehung sie Kraft schöpfte:

Herr E.: "Sie ist viele Jahre ein- bis zweimal zu ihrer Tante gefahren, die sie ihre Vizemama nannte. Und nachdem die gestorben war, war es mit der Depression noch schlimmer."

Verfasser: "Nach einem Vizevater hat sie nicht gesucht oder hat sie den vielleicht in Ihnen gefunden?"

Herr E.: "Das kann ich nicht sagen, letzten Endes war ich ja ihr Mann. Nur, sie hat bei mir jeden Willen gekriegt, den ich ihr erfüllen konnte. Andere Leute behaupteten, ich sei zu meiner Frau zu gut gewesen, sonst wäre das überhaupt nicht hochgekommen."

Wie aus allen vorangehenden Kapiteln leicht zu erkennen ist, dient der ganze Lebensstil der depressiven Persönlichkeit dazu, Abwehrmöglichkeiten in Reserve zu bringen. Dabei ermöglicht die Charakter-

struktur die Kompensation einer - wie oben beschrieben wurde - in früher Kindheit entstandenen Selbstunsicherheit und somit auch einer Unsicherheit in den Interaktionen mit den Mitmenschen. Diese Behauptung steht nicht in Widerspruch zu der Tatsache, daß es - wie in der Literatur beschrieben - eine große Anzahl unter den depressiven Patienten gibt, die eine gesellschaftlich angesehene Position innehaben und in ihrem Beruf und gesellschaftlichen Leben sehr leistungsfähig und erfolgreich sind. Sie erklärt vielmehr den Erfolg wie auch den plötzlichen Zusammenbruch der Fassade. Denn wenn die Leistungsmotivation auf dem mehr oder weniger unbewußten Wunsch zur Kompensation einer Unsicherheit beruht (s. besonders Kapitel 'Lebenslauf und Lebensplan'), dann ist der Bestand des Erfolges ständig gefährdet.

In diesem Kapitel wird noch einmal deutlich, daß die Familie - obwohl sie sicherlich die sozial stabilste Form des Zusammenlebens darstellt - für den Depressiven wenig oder gar keinen Halt bietet, und daß in ihr die Unsicherheit des einen Elternteils - oder sogar von beiden Eltern - mit allen Folgen auf die Kinder übertragen wird.

II. 13. Persönlichkeitsveränderungen während
und nach einer depressiven Phase

Zunächst sollen die Veränderungen, die während der Phase deutlich werden, anhand von Zitaten beschrieben werden. Im Mittelpunkt steht die Hemmung des Antriebs durch den Verlust der Willens- und Entschlußkraft.

Herr Sch.: "Mir fehlt die Vitalität und die Initiative zu gewissen Entscheidungen, sonst ist das nicht meine Art, sonst bin ich sehr entscheidungsfreudig. In dieser Phase ist ein gewisses beklemmendes Gefühl, machst du das auch richtig, und also man hat da viel mehr Ängste, ob das auch richtig ist, was man gemacht hat, ob Entscheidungen, die man trifft, auch richtig sind. Währenddessen normalerweise, dann schaue ich mir die Sache an, und dann beurteile ich die ziemlich schnell und entscheide ziemlich schnell. Gut, ich überlege dann später vielleicht auch manchmal noch, man hat dann später trotz alledem noch einige Bedenken, aber die verlieren sich dann wieder schnell, während bei der depressiven Phase, da wiegt halt alles viel schwerer. Da ist es für mich wichtig, daß man eine Stütze hat, das ist meine Frau, die mich da unterstützt und die Sache etwas leichter erscheinen läßt. Das ist sehr wichtig für mich."

Verfasser: "Was verändert sich dann noch?"

Herr Sch.: "Ich habe dann keine besondere Arbeitslust und denke, wie wird das mit der Zukunft werden, wie wird es mit der Familie gehen, und dann habe ich Minderwertigkeitskomplexe, weil die Kultur gerade dieses Jahr danebengegangen ist, und das führ' ich dann darauf zurück, weil ich nicht aus Spaß Gärtner geworden bin, und die Fähigkeit nicht mehr habe, das zu machen, obwohl andere Leute auch Schwierigkeiten haben. Ich habe dann das Gefühl, vieles falsch gemacht zu haben. Konzentrationsschwäche tritt dann auf, und die Hauptsache, das ist die schlechte Stimmungslage und Gedanken wie aufhören wollen, nichts mehr sehen, nichts mehr hören, dann habe ich mich auch mit bösen Gedanken befaßt. Viele Probleme prallen dann nicht an mir ab, sondern ich fresse sie in mich hinein."

Die Entschlußlosigkeit führt zu einer Leistungsabnahme und zur Unselbständigkeit. Tochter über Frau Sch.: "Sie war dann unselbständig, man mußte mit ihr überall hingehen und alle Termine für sie ausmachen und alle Besorgungen und zu Hause alles machen." Durch das Unmöglichwerden einer zielgerichteten Handlung, durch Grübeln, Konzentrationsschwäche und Gedankenkreisen erscheint der Bezug zur Zukunft wie abgeschnitten. Die Leistungsabnahme wird schuldhaft verarbeitet, es entstehen Minderwertigkeitskomplexe, die zusammen mit der "schlechten Stimmungslage", der Verschiebung der Grundstimmung und Störung des Erlebens Suizidgedanken aufkommen lassen. Die Entwicklung zu

diesen Gedanken geht von dem Wunsch, am liebsten allein zu sein (Herr E.: "Sie sagte, wenn irgendein Besuch kam, z.B. eine Schwester, 'die will ich nicht sehen, was will die hier', das kam vor."), über den Gedanken "aufhören wollen, nichts mehr hören, nichts mehr sehen", bis zur Vorstellung, wie der Suizid auszuführen sei. Glücklicherweise kommt es aufgrund der Entschlußlosigkeit und motorischen Hemmung meist nicht zur Ausführung.

Sohn von Frau Sch.: "In letzter Zeit habe ich beruflich viel zu tun, und mein Vater war eine Woche weg zur Kur, und da kam ich am Sonntag nach Haus', und da sagt meine Frau zu mir: 'Deine Mutter hat heute morgen so wirres Zeug geredet, sie wolle sich umbringen und so', und da sagte ich: 'Das gibt es doch nicht, das ist doch unmöglich'. Und dann gehe ich rüber, da sitzt sie da, völlig apathisch, war überhaupt nicht anzusprechen, mit keinem Thema anzuregen und hat immer nur vom Umbringen gesprochen. Man kann so was nicht erfassen, wenn man mit so etwas noch nicht konfrontiert worden ist."

Frau E. erwähnt noch einen wichtigen Aspekt, nämlich daß die Familie offenbar manchmal gar nicht registriert, was das depressive Familienmitglied empfindet: "Ich habe in etwa Tagebuch geführt und mir das genau aufgeschrieben: 'Schwere einsame Tage, weiter, weiter, niemand in der Familie ahnt, wie schwer das Leben für die Mutti ist, weiter, weiter'. Aber das ist doch von innen heraus direkt auf das Papier gebracht, da ist doch keine Lüge dabei."

Auch das häufige Aufsuchen des Zufluchtortes des Depressiven, seines Bettes, wird als Schuld und Fehler gegenüber den Angehörigen empfunden. Frau E.: "Mein Mann ist immer sehr ärgerlich darüber,

daß ich mich so früh hinlege und so viel schlafe, er ist so lebensfroh und naturverbunden. Das tut mir leid, daß er da an mich geraten ist. Er hätte da etwas Besseres verdient, eine leichtere Aufgabe. Das ist ja schlimmer, als wenn man ein kleines Kind hüten muß."

Es werden folgende körperlich-vegetative Symptome erwähnt:

Frau Sch.: "Wie das so angefangen hat mit den Depressionen, ich hätte als flennen können, war am liebsten allein, also das war, ich hatte die meiste Zeit dagelegen, habe die Augen zugemacht, wollte nichts hören und nichts sehen. Und dann hatte ich keinen Appetit gehabt, in der Zeit habe ich fünfzehn Pfund abgenommen. Und dann hatte ich auf einmal kein Essen mehr zusammenbekommen, also es war furchtbar!"

Herr Sch. berichtet, er wache morgens zwischen vier und fünf Uhr auf, könne dann nicht mehr einschlafen und liege bis zur Aufstehenszeit grübelnd im Bett.

Persönlichkeitsveränderungen grundsätzlich anderer Natur mußte Herr E. zwischen den depressiven Phasen seiner Frau feststellen, die er anfangs gar nicht richtig einzuordnen wußte: "Dann veränderte sie sich langsam, ich nannte es damals euphorisch, sie fing dann an mit Literatur, Bücherschreiben, und was sie noch alles im Kopf hatte. Und wir sind dann in den Schwarzwald gefahren, ich dachte, das verliert sich wieder, aber da wollte sie auch etwas anfangen. Sie rief die Redaktion vom 'Schwarzwälder Boten' und der 'Süddeutschen Zeitung' an und wollte eine Replik über den Schwarzwald machen. Die haben natürlich gesagt, 'was wollen Sie uns hier als Unbekannte vom Schwarzwald erzählen'. Das waren grausame drei Wochen da im Schwarzwald, und die Manie

trat dann hier zu Hause immer mehr in Erscheinung, so daß ich da erst merkte, das ist ja keine Euphorie mehr, das ist ja eine Krankheit. Und da habe ich mir mal ein Ärztebuch vorgenommen und habe gelesen, ja das ist ja neben der Depressivität noch eine Manie!" - "Was ich in dieser Zeit an ihr auszusetzen hatte, das war, daß sie immer mehr auf anderer Leute Ratschläge hörte als auf die Ratschläge ihres Mannes. Den Fehler hat sie heute noch. Sie hat das meistens erkannt, aber was nützt es, wenn das Kind in den Brunnen fällt. Und während ihrer manischen Zeit hat sie auch einen verrückten Gedanken gehabt, gerade läuten die Glocken, das ist hier das Kloster, da ist sie während ihrer manischen Zeit oft hingegangen, hat an der Pforte geschellt und hat gesagt: 'Helfen Sie mir, ich bin in einer seelischen Not', oder so was muß sie vorgetragen haben. Man hat sie auch angehört, aber als das zu häufig geschah, da haben die mir gesagt, ich sollte doch meine Frau zu Hause halten, so ungefähr. Da konnte ich gar nichts machen, sie lief einfach weg. Manchmal abends um neun noch, lief sie einfach weg zu einer Bekannten und sagte da: 'Laßt mich hier schlafen, ich kann zu Hause nicht schlafen'."

Hier wird deutlich, wie schwierig es für einen Angehörigen sein muß, die Handlungen und Aussagen eines früher depressiven Familienmitglieds zu bewerten und sich darauf einzustellen, wenn er sich bei dem Auftreten der ersten manischen Phase mit ganz neuen und bisher unbekannten Charakterzügen konfrontiert sieht. Denn kannte er bisher aus den depressiven Phasen Klagen, Mangel an Dynamik, Äußerungen von Insuffizienzgefühlen, Selbstunsicherheit, Wunsch nach Allein-

sein und Zeichen des Mißtrauens gegenüber anderen mit der Tendenz zur Beschränkung auf die eigene Person, so stellt er dann eine Leistungsstadien bei oft bester Stimmungslage und Aktivitäten fest, die ihn von dem Familienmitglied entfremden. Die Zuwendung zu anderen Personen kann so weit führen, daß sie als Aufdringlichkeit bewertet wird. Die Handlungen und geäußerten Gedanken werden von dem Angehörigen als "verrückt" und somit als noch weniger nachvollzieh- und einfühlbar klassifiziert als die depressive Symptomatik.

Die bleibenden Persönlichkeitsveränderungen nach den depressiven Phasen sind qualitativ denen während der Depression ähnlich, sie sind jedoch in der Intensität nicht so ausgeprägt.

Frau Sch.: "Jetzt nach der Krankheit, ich bin oft müde, und die Arbeit geht nicht mehr vorwärts wie es mal war. Ich lege großen Wert auf Ordnung zu Haus', aber es ist nicht mehr so wie es war. An einem Tag ist es halt besser als an dem anderen, an einem Tag hat man halt wieder Mut, und dann ist man wieder so geschlagen, da möchte man am liebsten seine Ruhe haben. Aber ich rappele mich immer wieder auf. Wenn meine Kinder kommen, dann freue ich mich, dann geht es besser. Ich bin nicht gern allein. Ich glaube, daß das Wetter auch eine Rolle spielt."

Herr A. beschreibt die Situation, die sich ergab, wenn seine Frau aus stationärer Behandlung entlassen wurde: "Die Depressionen waren manchmal schwacher Natur, und wenn sie aus dem Sanatorium entlassen wurde, waren die ja auch nie ganz verschwunden. Und ich bemühte mich immer, sie irgendwie aufzuheitern, ihr Abwechslung zu bringen, so daß ich fast tagtäglich mit ihr in

die Stadt gefahren bin und, da sie gerne in ein Café ging und Kuchen aß, habe ich das eine Zeit lang immer gemacht. Und da sagte sie oft: 'Komm, jetzt kann ich nicht mehr, laß' uns nach Hause fahren', und dann fuhren wir nach Hause und sie legte sich ins Bett. Wenn die Depressionen stärker waren, dann lag sie ja nur im Bett und war fast kaum ansprechbar. Wenn ich nicht ewig am Bett bei ihr gesessen habe und die Zeitung gelesen habe, oder da am Schreibtisch saß und schrieb oder was ich machte, alle fünf Minuten kam sie aus dem Bett heraus und sagte: 'Hilf mir.' Ich sagte: 'Wie soll ich dir helfen? Ich kann dir nicht helfen!' Na ja, dann gab es wieder eine Pille. Wenn der Abend da war, und ich neben ihr im Bett lag, dann war Ruhe, dann schlief die Frau auch, das war das Komische."

Daß nach mehreren depressiven Phasen eine immer größere Leistungseinbuße zurückbleibt, macht die Bemerkung von Herrn E. deutlich: "Wie verhält sie sich unter Streßbedingungen heute und wie verhielt sie sich früher, müssen Sie fragen. Früher hätte sie das alles gemeistert, heute überhaupt nicht mehr."

Eine Persönlichkeitsveränderung, die sich sonst nur bei agitierten Depressionen findet, wird zu Beginn und manchmal auch am Ende der Phasen zu einem wichtigen Symptom: Das ist die Überaktivität, die als Kompensationsversuch zu deuten ist. Die Tochter von Frau Sch. erzählt: "Ab und zu kriegt sie ihren Rappel, dann stellt sie alles auf den Kopf, räumt die Schränke aus und spült und macht, oder wenn Geburtstag war, hat sie saubergemacht und gekocht und ist fast übergeschnappt bis die Gäste kamen."

In dem folgenden Dialog zeigt sich noch eine Persönlichkeitsveränderung, die zu familiären Streitereien, zur Abkapselung und weiteren Einschränkungen der Außenkontakte führen kann. Es ist ein fast wahnhaftes Mißtrauen, das aus der eigenen Unzulänglichkeit und Schwäche resultiert. Der Dialog zeigt auch die ausgeprägte Sensibilität der depressiven Persönlichkeit gegenüber Äußerungen der Angehörigen, die sie irgendwie als Angriff, Kritik oder Vorwurf deuten kann.

Frau E.: "Aber daß meine Sache, die endogene Depression, so stand es auf dem Rezept, nicht heilbar ist, das habe ich gelesen und Schwester R., die so nett war, die hat es mir auch gesagt, das zwingt mich manchmal, im Bett zu bleiben. Man kann das nicht heilen, niemand!"

Herr E.: "Ja, wer dir das gesagt hat, der hat einen großen Fehler gemacht. Das stimmt, nämlich gar nicht."

Frau E.: "Die sagte: 'Ja, Frau E., da müssen Sie sich nur vorstellen, wie Ihnen sein würde, wenn Sie die Arzneien nicht bekämen'."

Herr E.: "Ja, was heißt das alles, heilen kann man das vielleicht nicht, aber wenn du ein Gebrechen hast, z.B. am Bein, dann kann man das auch nicht mehr heilen, und du mußt so oder so laufen, aber du lebst doch noch!"

Frau E.: "Über solche Sachen kann man nicht lachen."

Herr E.: "Ja, lach' du auch mal! Steh' auf aus dem Bett!"

Frau E.: "Mein Mann ist eine solche Frohnatur."

Herr E.: "Sonst könnte ich das auch gar nicht aushalten."

Frau E.: "Du würdest mich aber manchmal besser verstehen, wenn dir das nicht so fremd wäre, meine Krankheit."

Herr E.: "Da bin ich stündlich, minütlich, sekundlich mit konfrontiert, ich weiß schon ganz genau, was los ist. Es hat keinen Zweck, daß ich nur den Mitleidigen spiele, das hat gar keinen Zweck mehr. Ich muß dich jetzt normal anfassen, damit du in das normale Leben wieder zurückkommst. Und es klappt ja auch manchmal."

Verfasser: "Ja sicher, es wird für Monate oder Jahre wieder klappen."

Herr E.: "In diesem Jahr ist sie mir nicht weggekommen, ich habe sie so auch ganz gut über die Bühne gekriegt. Soll sie im Bett liegen bleiben, soll sie aufstehen, soll sich wieder hinlegen, macht nichts. Die Arzneien, die habe ich, ab und zu gehen wir zum Nervenarzt, der sieht die Arzneien durch, macht vielleicht ein paar Änderungen, im Grunde genommen bleibt doch alles dasselbe. Mal fühlt sie sich wohl, mal fühlt sie sich schlecht."

Frau E.: "Ich kann sehr schlecht vertragen, wenn du böse auf mich bist."

Herr E.: "Wenn ich was? Ich bin nie böse auf dich!"

Frau E.: "Heute morgen hatten wir einen kleinen Zusammenstoß wegen einer nichtigen Angelegenheit. das würde einem normalen Men-

schen gar nichts ausmachen."

Herr E.: "Auch so, das kann ich Ihnen erzählen: Morgens kommt unsere Putzfrau, und meine Frau tut immer so, als ob sie hier den Haushalt beherrschte. Das tut sie mitnichten mehr. Wir lassen ihr die Freude, daß sie sagen kann: 'Heute machen Sie das und das usw.'."

Frau E.: "Mich kann man aber nicht verkohlen."

Herr E.: "Du brauchst ja nicht verkohlt zu werden, jedenfalls, die Hauptsache ist, der Apparat läuft, ob du im Bett liegst oder nicht."

Frau E.: "Das tut mir vielleicht doppelt weh!"

Herr E.: "Ich muß aber dafür sorgen, daß es läuft."

Frau E.: "Mir wäre es lieb, wenn ich unersetzlich wäre. Ich finde es schrecklich, wenn man ein Nichts ist."

Herr E.: "Ist ja alles schön und gut, Fräuchen, aber das nützt ja alles nichts. Ich kann ja meine Frau nicht mehr allein lassen. Ich bin dieses Jahr operiert worden an der Prostata, fünf Wochen war ich im Krankenhaus. Diese fünf Wochen habe ich meine Frau in die Pflegestation von einem Altersheim gegeben. Das ging auch. Da habe ich die Bude hier zugemacht."

Verfasser: "Sie selbst sagen mir doch auch, daß Sie den Haushalt nicht mehr bewältigen. Das gestehen Sie sich doch in diesem Moment selbst ein."

Herr E.: "Sie hat aber den guten Willen, der gute Wille ist da."

Frau E.: "Den sollte man den Menschen aber nicht nehmen."

Herr E.: "Dann kommt manchmal der Parkinson dazu, dann macht sie einen Trippelschritt, dann bekommt sie Akineton dagegen."

Frau E.: "Das du mich jetzt so unter die Lupe nimmst, das tut mir weh, du hast ja gehört, daß ich dem Herrn Löffler schon alles gesagt habe."

Herr E.: "Ich habe nichts gehört, ich habe absichtlich nichts hören wollen. Ich habe mir gedacht, laß' die Frau reden, was sie will. Jeder von seinem Gesichtspunkt aus, nicht wahr, aus deiner Krankheitspsychose heraus. Ich kann dich ja nicht mit einem gesunden Menschen vergleichen, da müßte ich dir ja dauernd ins Wort fallen und dich berichtigen."

Frau E.: "Hören Sie sich das an, wie schrecklich, hören Sie sich das an, /ahnsinn! Das kann ich mir gar nicht vorstellen, daß du das tun würdest, daß mir das passieren würde!"

Herr E.: "In Wirklichkeit redet sie so ganz vernünftig, ist nichts gegen zu sagen, und von dieser Vernunft lebe ich und tue so, als ob sie gesund wäre. Aber das muß ich auch sagen: Solche Kranken setzen sich auch was in den Kopf. Seit einiger

Zeit hat sie den Gedanken, unsere Putz-
frau würde stehlen."

Verfasser: "So etwas soll schon vorgekommen sein."

Frau A.: "Das hat sie ja auch getan!"

Herr B.: "Nein, das hat sie nicht getan!"

Frau A.: "Streiten wir uns drum, ich kann einen
Beweis ja leider nicht erbringen."

II. 14. Ergebnisse des MPI-Tests

a) Erläuterungen zu dem MPI

Die Fragebogenaktion nach dem "Freiburger Persönlichkeitsinventar" wurde so durchgeführt, daß die Patienten sich selbst beurteilten und zusätzlich auf getrauten Formularen von den Familienangehörigen eingeschätzt wurden, wodurch es möglich wurde, das Selbst- und das Fremdbild zu ermitteln und Gemeinsamkeiten und Divergenzen in der Beurteilung festzustellen.

Die in diesem Test enthaltenen Fragen beziehen sich auf Charaktereigenschaften wie Nervosität, Aggressivität, Depressivität, Erregbarkeit, Geselligkeit, Gelassenheit, Dominanzstreben, Gehemtheit, Offenheit, Konzentrationsfähigkeit, Ängstlichkeit und affektives Verhalten. Die Ergebnisse der Testbögen erlauben eine graduelle Einteilung in folgende Skalen:

Extraversion	-	Introversion
Emotionelle Labilität	-	Stabilität
Masculinität	-	Femininität

b) Selbstbild

Es ist auffällig, wie einheitlich die Beurteilung der eigenen Person bei allen Patienten ausfällt. Sie klagen über psychosomatische und

vegetative Störungen wie Mattigkeit, Schlafstörungen, leichte Ermüdbarkeit, Wetterfühligkeit, Ruhelosigkeit, Herzklopfen, Schwindelgefühl sowie kalte Hände und Füße. Frau E. gibt an, geräusch- und lichtempfindlich zu sein und bei Aufregungen weiche Knie zu bekommen. Zu diesem Persönlichkeitsbereich gehört auch die ausgeprägte Affektresonanz im Vegetativum und muskulären System.

Die Patienten meinen von sich, stark irritierbar, leicht enttäuscht und verärgert, betroffen und entmutigt zu sein. Sie würden vielen Dingen eine viel zu große Bedeutung beimessen, Dingen, denen andere Menschen kaum Beachtung schenkten. Sie halten sich für zögernd, abwartend und seien raschen Entscheidungen und impulsiven Handlungen abgeneigt. Oft stellten sich bei ihnen Pessimismus und Verzweiflung, Mißstimmungen und Stimmungslabilität ein. Sie geben an, oft unter Angst und dem Gefühl unbestimmter, drohender Gefahren zu leiden, ebenso wie unter dem Gefühl der Teilnahmslosigkeit, Einsamkeit und inneren Leere. Schon oft hätten sich unützige Gedanken und Tagträume eingestellt, verbunden mit einem Mangel an Konzentrationsfähigkeit und der Zunahme von Minderwertigkeitsgefühlen. Dann würden sie von Schuldgefühlen, Grübeleien, Selbstvorwürfen und Selbstaggressionen geplagt. Ein allgemeines Insuffizienzgefühl mache sich breit. Darunter leide manchmal die Entscheidungsfreudigkeit und Tatkraft. Im Umgang mit anderen Menschen seien sie gehemmt, die Kontaktstörung werde besonders in Gruppensituationen deutlich. Die Selbstunsicherheit verstärke sich, wenn sich die Pa-

tienten von anderen Personen beobachtet fühlen.

So weist der Erlebnistyp des Depressiven eine Tendenz zur Introversion auf, im emotionalen Bereich sind die Patienten als labil zu bezeichnen. Die Selbstschilderungen fallen alle - auch bei Herrn Sch. - in den Bereich "typisch weiblich".

Auffällig ist, daß Herr Sch. von sich ein Bild zeichnet, das keine depressiven Verstimmungen und Selbstunsicherheiten erkennen läßt, obwohl er solche Gefühle ganz deutlich im Gespräch mit dem Verfasser geäußert hat. Dieses Verhalten entspricht seiner Tendenz, die ihm unangenehmen Eigenschaften zu verdrängen und nicht der Öffentlichkeit preiszugeben. Es sei daran erinnert, daß er versucht, die Depression vor seinen Kindern und der Verwandtschaft zu verbergen, und daß er sich nur seiner Frau mitteilt. Weiterhin unterscheidet sich sein Selbstbild von dem der anderen Patienten dadurch, daß er von sich meint, eher gesellig und lebhaft zu sein. Auch diese Angaben im Test stehen in krassem Gegensatz zu den Äußerungen, die er während der Interviews gemacht hat. Offenbar gibt er in einigen Punkten des EPI die Eigenschaftsbereiche an, die seinem Ich-Ideal entsprechen.

c) Fremdbild

Frau R.'s Familie entwirft ein Bild von ihren Charaktereigenschaften und Verhaltensweisen, das sich mit ihrem eigenen sehr weitgehend deckt.

Der Unterschied zwischen Selbst- und Fremdbild besteht darin, daß die Angehörigen die depressiven Persönlichkeitseigenschaften etwas stärker betonen.

Bei Herrn Sch. ergeben sich dagegen größere Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdbild. Seine Frau korrigiert die oben besprochene Tendenz, sein Ich-Ideal zu präsentieren, in folgenden Punkten: Sie ist der Meinung, er sei eher ungesellig, zurückhaltend, wenig unternehmungslustig, schweigsamer als andere Menschen und habe ein geringes Kontaktbedürfnis. Allerdings hält sie ihren Mann für kontaktfähig und genügend selbstbewußt, um vor anderen Personen sicher auftreten zu können.

Die Familie von Frau Sch. skizziert von ihr nahezu das gleiche Persönlichkeitsbild wie sie von sich selbst. Sie wird von der Familie jedoch ebenfalls etwas introvertierter und kontakärmer gesehen als sie sich selbst beurteilt. Die Angehörigen betonen auch stärker das mangelnde Kontaktbedürfnis und das Fehlen von impulsiven Handlungen. Die weitgehendste Divergenz zwischen Selbstbeurteilung und Fremdeinschätzung ergab sich in der Familie E., in der der Ehemann im Gegensatz zu seiner Frau ankreuzte, sie sei kontaktsuchend, umgänglich, rasch in der Lage, Freundschaften zu schließen, sie verfüge über einen großen Bekanntenkreis, sei unternehmungslustig, aktiv, gesprächig, mitteilsam und schlagfertig, ja sogar dominierend. Hier wird ein Dilemma der Angehörigen eines Patienten sichtbar, wenn sie die Persönlichkeit ihres Familienmitglieds beschreiben sollen, das eine biphasisch verlaufende

Zyklothymie durchlebt hat, die unter Umständen eine verwirrende Palette von Charaktereigentümlichkeiten zu Tage förderte.

d) Interpretation

Insgesamt gesehen herrscht eine weitgehende Übereinstimmung zwischen dem Selbst- und Fremdbild der depressiven Persönlichkeit. Dies ist nicht verwunderlich, da man sich kaum vorstellen kann, daß die depressive Persönlichkeit mit Personen zusammenleben könnte, wenn die Fremd- und Selbsteinschätzung stark divergieren und die Angehörigen unberechenbare Erwartungen an sie richten oder ein oft wechselndes Rollenverhalten wünschen würden. In den Fällen, wo eine Übereinstimmung nicht zustande kam, ließen sich bei dieser Untersuchung folgende Gründe herausfinden:

1. Ständig eine Kompensation seines gering ausgeprägten Selbstbewußtseins anstrebend, versucht der Patient, ohne daß ihm dieser Vorgang bewußt wird, sein Ich-Ideal zu präsentieren, so daß sich gegensätzliche Selbst- und Fremdeinschätzungen ergeben.
2. Die Angehörigen richten Erwartungen an den Patienten, die seiner Persönlichkeitsstruktur nicht entsprechen. Sie sehen in ihm etwas anderes, wahrscheinlich etwas, das ihnen selbst bei der eigenen Persönlichkeitsentwicklung und -festigung hilft. Diese Situation ist für die depressive Persönlichkeit besonders gefährlich, da sie als Auslöser für das Abrutschen in die Depression wirken kann.

3. Die Selbst- und Fremdeinschätzung stimmen deshalb nicht überein, weil die Angehörigen, wenn eine biphasische endogene Depression vorliegt, bei der Aufforderung, ein Persönlichkeitsbild von dem Patienten zu geben, sich vor ein großes Problem gestellt sehen, weil sie u.U. eine verwirrende Palette von sich widersprechenden Eigenschaften kennengelernt haben.

III. Diskussion

Das Kapitel "Lebenslauf, soziale Herkunft und Familienstruktur" zeigt, daß soziale Herkunft wie auch Schulbildung der Patienten sehr unterschiedlich sind. Die Elternhäuser achteten darauf, sozial völlig angepaßt zu sein und tradierten die sittlichen Normen ihrer Zeit wie Fleiß, Ordentlichkeit, Gehorsam, Sexualfeindlichkeit und Sparsamkeit. Interessant ist, daß alle Patienten schon recht früh einen sozialen Aufstieg ins Auge faßten und diesen auch zum Teil erreichten, wenn nicht sie selbst, dann doch ihre Kinder. Der Drang zu Berufen und Positionen, die in der Gesellschaft höher bewertet werden, läßt auf eine Unzufriedenheit mit den persönlichen Gegebenheiten schließen, auf eine starke Ausrichtung an den Leistungsidealen der Gesellschaft und auf eine ständige Bereitschaft, diesen Idealen durch Arbeit und Fleiß näherzukommen. Hierbei dienen ihre Kinder als erweitertes Eltern-Ich, indem die Patienten versuchen, sich mit deren Hilfe eigene Idealvorstellungen und Lebensziele, wenn sie für die eigene Person nicht erreicht wurden, indirekt doch noch zu erfüllen. Diese ständige Erwartungshaltung der eigenen Person und den Kindern gegenüber wird als prädestiniert angesehen, psychischen Konfliktstoff zu liefern.

Die Betrachtung der Familienstruktur ergibt bei allen Patienten ein stark gestörtes Verhältnis zu einem Elternteil in Kindheit und Jugendzeit, wobei die Kinder den anderen Elternteil in zwei Fällen entbehren mußten, und da, wo er vorhanden war, rief er in ihnen

Unsicherheits- und Angstgefühle hervor. Die starke Abhängigkeit von dem wenig geliebten Elternteil führte dazu, daß die Kinder und späteren Erwachsenen ihren Lebenslauf nicht selbst bestimmen, sich nicht entfalten und Berufe ergreifen konnten, die ihren Fähigkeiten und ihrer Persönlichkeitsstruktur entsprechen hätten.

Dieses schon in früher Kindheit enorm gestörte Verhältnis zu einem Elternteil läßt sich in ursächlichem Zusammenhang sehen mit der biographisch schon frühzeitig feststellbaren Angst. Diese Angst resultiert aus dem Mangel an Liebe und Zuwendung und war anfangs eine Angst vor dem Vater bzw. der Mutter. Die Einschränkung der Handlungsfreiheit und der Möglichkeit zu Selbsterfahrung und Selbstverwirklichung führte zu Unsicherheit und Mangel an Selbstbewußtsein.

In unvereinbarem Widerspruch zu der großen Bedeutung, die der Familie von den Patienten beigemessen wird, steht die Beobachtung, daß die Familienbeziehungen, die zwar immer spontan als gut bezeichnet werden, bei näherem Hinsehen sich als nicht befriedigend herausstellen. Der Ehepartner kann das große Anlehnungsbedürfnis und Verlangen nach Zärtlichkeit, das aus der in dieser Hinsicht mageren Kindheit mitgebracht wird, nicht befriedigen und ist meist wegen eigener Unzulänglichkeiten nicht in der Lage, in schwierigen Situationen Hilfestellung zu geben.

Außerdem birgt dieses starke Fixiertsein auf die Familie für die depressive Persönlichkeit eine große Gefahr in sich, da sich die Familienstruktur mit dem Erwachsenwerden der Kinder ändert und daraufhin einen Rollenwechsel

verlangt, der nur sehr mühsam oder gar nicht vollzogen werden kann.

Bei der Betrachtung der Familienkonstellation, einiger Verhaltensweisen und Erziehungspraktiken der Eltern- und Großelterngeneration liegt der Gedanke nahe, daß viele Verhaltensmuster tradiert werden, die bei eventuell vorhandener genetischer Belastung eine weitere pathogenetische Bedeutung erlangen können.

Unter der Regie der Patienten werden deren Familien organisiert und zusätzlich alle Außen- einflüsse so gefiltert, daß ein angenehmes Schon- klima herrscht, in dem sie in einem neuen labilen Gleichgewicht zwischen Ängsten und Kompensations- verhalten zu leben in der Lage sind.

Einer besonderen Betrachtung bedarf das Verhalten des einzigen männlichen Patienten der Unter- suchungsreihe, der während seiner depressiven Verstimmung Reaktionen zeigte, die sich von denen seiner weiblichen Mitpatienten deutlich unter- scheiden. Als wichtigstes Merkmal ist zu erwähnen, daß er sich selbst seine depressiven Gefühle nur widerstrebend eingestand und ganz besonders gegen- über seiner Familie und Umwelt bemüht war, seine Gemütsverfassung zu verbergen. Er war bestrebt, seine Schwäche, die er in nicht depressiven Zeiten durch sein patriarchalisches und scheinbar selbst- sicheres Auftreten kompensieren konnte, unter keinen Umständen vor der Familie und Verwandt- schaft zu zeigen. Unsere Gesellschaft gestattet der Frau, schwach und hilflos sein zu dürfen, für den Mann aber verlangen die Rollenerwartungen eine kräftige psychische Verfassung. Aus der Tatsache, daß mehr Frauen als Männer sichtbar depressiv erkranken, läßt sich folgern, daß für

den Mann einmal zahlreichere und durch den Beruf vielleicht auch bessere Kompensationsmöglichkeiten existieren, und daß Männer häufig "larviert" depressiv erkranken, da sie es nicht zeigen dürfen.

Das Thema "Ordnungssinn" und der Komplex "Lebensplan und Ich-Ideal" wurden im Rahmen der Interpretation zusammengefaßt, weil sie zu der von TELLENBACH in Anlehnung an ARISTOTELIS erarbeiteten "krankheitsfreien Ausgangsstruktur eines Typus melancholicus" (23, 26) gehören, die von der peniblen Ordentlichkeit bei erhöhtem Selbstanspruch geprägt wird. Beide Charaktereigenschaften finden sich bei allen Patienten in klassischer Weise ausgeprägt, was anhand von Zitaten und Beobachtungen belegt wird.

Die Antworten, die der Untersucher auf die Frage nach dem Lebensplan und -ziel erhielt, beinhalten das Thema Leistung in Beruf und Haushalt. Bei allen Patienten ist der Tenor gleich, wenn sie einige Eigenschaften angeben sollen, die sie gern besitzen würden: sie möchten "stärkere Nerven", mehr Durchsetzungsvermögen und Arbeitskraft besitzen und belastbarer sein. Dies ist eigentlich verwunderlich, wenn man bedenkt, was für ein enormes Arbeitspensum von ihnen bewältigt wird. Man muß also annehmen, daß sie das rechte Augenmaß für eine realistische Einschätzung ihrer Leistung verloren haben, was dadurch zu erklären ist, daß sie infolge ihrer ständigen Insuffizienzgefühle immer der Meinung sind, noch mehr leisten zu müssen.

Das immer präsente Gefühl, etwas leisten zu müssen, bleibt nicht auf die eigene Person beschränkt, sondern wird auf die Kinder übertragen, wobei

sich die Patienten mit deren Erfolgen identifizieren. Dementsprechend schwer nagen sie dann natürlich auch an den manchmal nicht ausbleibenden Mißerfolgen der Kinder. Den Auszug der Kinder aus dem Elternhaus wegen Heirat empfinden sie als persönlichen Verlust.

Die Ordentlichkeit wurde in früher Kindheit übernommen, um sich den elterlichen Normen anzugleichen und Konflikte und Strafen zu vermeiden. In späteren Lebensabschnitten hat sie die Funktion, die Selbstunsicherheit und Ängstlichkeit zu beherrschen und Insuffizienzgefühlen zu begegnen, die sich bei diesen ungünstigen Voraussetzungen bei noch erhöhtem Selbstanspruch und Unzufriedenheit mit sich selbst rasch einstellen können. Die Umwelt kann mit Hilfe der Mechanismen der Ordentlichkeit, des Nichtbeachtens und des Verdrängens nach eigenem Bedarf so reduziert und gestaltet werden, daß die depressive Persönlichkeit in ihr leben kann.

Bei der Beobachtung der Reaktionsweisen der Patienten auf Störfaktoren, die ihre "kleine Welt" (Frau E.) in Unordnung bringen könnten, fällt auf, daß etwa fünf im Rahmen dieser Untersuchung besonders auffällig gewordene Charaktereigenschaften der prämorbidem Persönlichkeit sich zueinander in einer Art zyklischer Bedingtheit befinden. Diese Eigenschaften stehen sich untereinander teils in proportionalem, teils in umgekehrt proportionalem Verhältnis gegenüber. Sie bilden im Reaktionsablauf Teile, die in einem Kreis verbunden sind, die sich aber alle durch Querverbindungen erreichen und positiv bzw. negativ beeinflussen können. Die einzelnen Eigenschaften befinden sich untereinander in einem labilen Gleichgewicht, wobei der Kreis

von jedem seiner Teile beeinflusst werden kann. Dabei stehen die Ordentlichkeit, der Fleiß, der hohe Selbstanspruch, die Angst und die Selbstunsicherheit zueinander in einem direkt proportionalen Verhältnis; diese Gruppe von Eigenschaften verhält sich aber der Aggression und der Kontaktfreudigkeit gegenüber umgekehrt proportional. Offenbar können größer gewordene Angst und Unsicherheit durch größeren Fleiß und Ordnung kompensiert werden, so daß sich das ganze zyklisch verbundene Eigenschaftssystem auf einem anderen Niveau in einem neuen labilen Gleichgewicht stabilisiert. Wenn aber die Grenze der Kompensationsfähigkeit erreicht ist, die individuell verschieden ist und die man nicht mit "normalen" Maßstäben und Vorstellungen von der Belastbarkeit eines Menschen bewerten darf, ist plötzlich der Verbund und die gegenseitige Beeinflussung aufgehoben. Dann ist ein Zustand erreicht, der der depressiven Phase entspricht, in der eine stärker werdende Angst nicht mehr mit dem von früher bekannten rastlosen Schaffen korreliert, sondern im Gegenteil die Hemmung des Antriebs in den Vordergrund tritt, und das Darniederliegen der Vitalkräfte zum Symptom wird.

Alle Patienten und deren Familien sind an die sozialen Normen der Gesellschaft angepaßt, gehen Problemen aus dem Weg und interessieren sich dementsprechend auch nicht für Politik. Es scheint so, als wollten die Patienten bei den Mitmenschen nicht auffallen und durch ihr konformes Verhalten Kritik und Konflikten vorbeugen, was ihrer Kommunikationsschwäche und Selbstunsicherheit besonders in Gruppensituationen entspricht und als Schutzhaltung für ihr schwach ausgeprägtes Ich interpretiert werden darf.

Die Kontaktarmut und eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit lassen sich in allen Lebensphasen feststellen. Sie entwickelten sich in der Kindheit aufgrund von Ängstlichkeit und Unselbständigkeit. Das geringe Vertrauen zu sich selbst wird als Mißtrauen auch auf andere Personen übertragen. Umso stärker klammern sich die Patienten andererseits an die wenigen Personen, denen sie ihr Vertrauen einmal geschenkt haben und von denen sie nicht enttäuscht wurden.

An Gründen für die herabgesetzte Kommunikationsfähigkeit kristallisieren sich heraus: die Blockade des Antriebs bei der Kontaktaufnahme durch Mißtrauen, durch das Bedürfnis, Kritik aus dem Wege zu gehen, durch ein gering entwickeltes Selbstbewußtsein und die eingeschränkte Fähigkeit, aus sich herauszugehen, Mangel an Aggressionen sowie eine geringe Zahl an Gesprächsthemen durch Verdrängen von Problemen. Die Kontaktaufnahme wird bisweilen auch behindert durch den zu hohen Anspruch an andere Personen. Ganz anders stellt sich die Situation bei einer Patientin dar, die auch manische Phasen durchlebt hat. Ihr Gatte schildert sie als ausgesprochen kontaktfreudig. Sie habe früher viele Freundinnen und Bekannte gehabt, aber - und auf diese Feststellung legt er großen Wert - sie sei nicht fähig gewesen, Freundschaften zu halten und wirkliche Vertraute zu gewinnen. Es muß betont werden, daß die Patienten zwar kontaktarm sind, daß sie aber alle im Grunde ein großes Bedürfnis nach Kontakt besitzen. So entsteht eine Diskrepanz zwischen dem Wunsch nach zwischenmenschlichen Beziehungen und den tatsächlich zustande gekommenen tragfähigen Freundschaften, die psychisch verarbeitet werden muß, was meistens durch Rationalisierungen geschieht.

Das Problem wird weiter dadurch kompliziert, daß Selbstunsicherheit und "Minderwertigkeitskomplexe" bei der zwischenmenschlichen Interaktion nicht offen dargeboten werden, sondern hinter einer dünnen Kruste von scheinbarer Selbstsicherheit, ja Selbstgenügsamkeit verborgen bleiben, die unter großer innerer Anstrengung produziert wird. Der persönliche Gewinn aus solchen "Interaktionen mit Maske" dürfte selbst bei vorübergehenden Erfolgen sehr gering sein, weil die betreffende Person an ihrer Identität vorbeilebt.

Die eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit zeigt sich vor allem gegenüber bereits festgefügtten Gruppenkonstellationen und Situationen, wo es gilt, neue Bekanntschaften zu machen und dabei Initiative ergreifen zu müssen. Sie korreliert mit einer starken Bindung an die Familie und die bekannte Umwelt im eigenen häuslichen Bereich. Die Familienbindung wiederum behindert die freien Valenzen, über die nicht frei verfügt werden kann.

Im dem Kapitel "Ängstlichkeit und Angst" wird dargelegt, wie sich beide Symptome lebensgeschichtlich entwickelten und aus der familiären Situation geboren wurden. Die Angst vor einem Elternteil wird als "Urgrund von der ganzen Sache" (Frau U.) angesehen und mit der Depression begrifflich gleichgesetzt. Diese Angst wird später so verinnerlicht, daß das Objekt der Angst in den Hintergrund tritt, sich die Angst verselbständigt und eine existentielle Bedeutung und Dimension gewinnt. Dazu kommt, daß die Angst von dem anderen Elternteil jahrelang vorgelebt wurde, und so der Mechanismus der Identifikation auch eine Rolle spielte.

Die aus der Unsicherheit wachsende Angst ist der Drehpunkt im Leben der depressiven Persönlichkeit, von dem aus Aktivitäten frei werden, die die Angst beherrschen sollen. Diese Aktivitäten treten biographisch als Fleiß, Ordentlichkeit, Treue, Fehlen von Lastern und Aggressionen, Beschränkung der Kontakte und so weiter in Erscheinung und werden mit dem Größerwerden der Angst noch deutlicher sichtbar.

Die Reaktionsmuster auf Angst werden schon zu einer Zeit von den Eltern eingeübt und erlernt, in der das Kind u.U. noch keine Angst hat, aber schon nach Verhaltensregeln leben muß, die dazu dienen, die Angst der Mutter zu verkleinern. Dies läßt sich bei den Familien beobachten, in denen mehrere Generationen zusammenleben.

Daß die depressive Persönlichkeit nur in geringem Umfang oder gar keine Aggressionen zeigt, wird von allen Patienten und deren Angehörigen berichtet. In dem Mangel an Aggressionen sah FREUD (23) das zentrale Problem des Depressiven und meinte, daß diese Tatsache auch den pathogenetischen Schlüssel zu der Depression darstelle, indem sich nämlich die Aggressionen, die einem Objekt gelten, gegen die eigene Person gerichtet hätten. Wenn man die Kindheit der Patienten kennt, liegt es nahe anzunehmen, daß diese Art der Verarbeitung von Impulsen gegen die Eltern schon sehr früh eingeübt wurde und so beispielhaft war, daß sie später auch bei Aggressionen gegenüber anderen Personen wiederholt wird. Dies sind vornehmlich Personen und Situationen, die Unsicherheit und Angst auslösen können. Die Art der Angst- und Aggressionsverarbeitung äußert sich bei den Patienten

als Depression. Die extremste Form dieser Verarbeitung kann zu einem Suizidversuch führen.

Von Temperament kann man bei der Beurteilung der Patienten nicht sprechen, die zwar rege und arbeitsam bis in den späten Abend ihr hochgestecktes Soll zu erfüllen suchen, die aber vehemente emotionelle Ausbrüche und überschwengliche Gefühlsäußerungen nicht kennen.

Als Ausnahme ist auch hier wieder Frau E. zu nennen, die nach manischen Phasen natürlich einen anderen Eindruck bei den Angehörigen hinterlassen hat. Aber auch ihre prämorbidie Charakterstruktur unterscheidet sich in fast allen Eigenschaften von der der anderen Patienten, so daß der Vorschlag, eine besondere Krankheitseinheit anzunehmen, nach dieser Untersuchung zu unterstützen ist.

Vor einem Laster oder einer Sucht können die Patienten mit ihre Angehörigen nichts berichten. Die Vorstellung, Fortuna in einer Spielbank auf die Probe zu stellen, erscheint ihnen abwegig. Diese Eigenschaften sind im Zusammenhang mit der Angstlichkeit, dem Angepaßtsein und der großen Ordnungsliebe zu sehen, die zusammen Exzesse und auffälliges Abweichen von der Norm verhindern.

Die Sexualität ist für die Patienten als ein wichtiger Teil der Persönlichkeit, der dazu geeignet ist, Lust, Freude und Bestätigung zu gewinnen, zu einem Problem geworden. Offenbar geht das allgemeine Insuffizienzgefühl, unter dem sie oft leiden, auch mit Hemmungen auf dem Gebiet der Sexualität einher. Wenn man das Problem aus psychoanalytischer Sicht betrachtet, fällt auf, daß bei den Patientinnen als erstes lebenswertes Sexualobjekt der Vater nicht vorhanden oder als Tyrann nicht lebenswert war. Auch bekamen die Patienten durch

Einflüsse in der Jugend und die moralisch religiöse Erziehung in der Kindheit eine negative Einstellung gegenüber der Sexualität mit auf ihren Lebensweg, von der sie sich aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur nicht mehr befreien konnten. Im Rahmen der Persönlichkeitsveränderungen während der depressiven Phase fällt auf, daß auch die Aktivität auf sexuellem Gebiet analog zu den allgemeinen Insuffizienzgefühlen abnimmt und dann ganz erlischt.

Außer für Herrn Sch., für den das wichtigste Kriterium bei der Partnerwahl die berufliche Übereinstimmung in Hinblick auf eine tatkräftige Unterstützung durch seine Frau in der Gärtnerei war, stellten für die Patientinnen folgende Eigenschaften die entscheidenden Kriterien dar: Die Frauen geben alle an, einen Mann gesucht zu haben, der ihrem starken Anlehnungsbedürfnis gerecht werden sollte. Interessant ist, daß keine diese Erwartung durch den Partner erfüllt bekam. Auch wenn keiner der Ehepartner in der Lage war, das große Nachholbedürfnis an Liebe und Zärtlichkeit zufriedenzustellen, das die Patientinnen aus Kindheit und Jugendzeit in die Ehe mitbrachten, und keiner das Gefühl der Geborgenheit anstelle der Eltern, die dies nicht fertigbrachten, vermitteln konnte, so erweist sich die Partnerwahl in folgenden Punkten doch als richtig: alle Ehepartner sind treu, was für die depressiven Patientinnen von enormer Bedeutung ist, sie konzentrieren ihre Aktivitäten auf das Familienleben und den Beruf und gehen ohne ihre Ehefrauen abends nicht aus. Sie sind bereit, das familiäre Schonklima mit zu pflegen, und es ist ihnen selbst angenehm,

Unabwägbarkeiten aus dem Wege zu gehen und für Ordnung zu sorgen.

Bei der Beurteilung des Verhaltens unter Streßbedingungen ist es wichtig zu differenzieren, welcher Art diese erhöhten Anforderungen sind. Streß bedeutet für die depressive Persönlichkeit weniger, daß sie im gewohnten Rahmen mehr leisten soll, wozu sie sehr gut in der Lage ist, sondern als Streß empfindet sie besonders eine Situation, in der von ihr eine Änderung der gewohnten Fähigkeiten gefordert wird oder sich die Umweltbedingungen wandeln. Dann brauchen die von der Umwelt an den Patienten herangetragenen Anforderungen gar nicht erhöht sein, sondern die veränderte Situation selbst wird als Streß empfunden.

Nach mehreren Depressionen läßt die Leistungsfähigkeit der Patienten nach, wodurch sich ein Defizit ergibt, das als Schwäche empfunden wird, einer vollständigen Genesung im Wege steht und die Chronifizierung einer Depression fördert. Die an sich selbst gestellten Forderungen und der hohe Selbstanspruch werden gar nicht oder nur langsam und unvollständig reduziert.

Als Kompensationsmöglichkeiten erwähnen die Patienten: Leistungssteigerung, günstiger geschäftlicher Verlauf, Hilfe durch den Ehepartner oder ein gleichzeitig auftretendes somatisches Krankheitsgeschehen.

Allgemein dient der ganze Lebensstil der depressiven Persönlichkeit dazu, Abwehrmöglichkeiten gegen ein Abrutschen in die depressive Phase zu gewinnen und eine weitreichende Prophylaxe zu betreiben.

Die Patienten nennen folgende Persönlichkeitsveränderungen während der depressiven Phase: Abnahme der Vitalität und Initiative mit Hemmung des Antriebs, Verlust der Willens- und Entschlußkraft,

Zweifel an der Richtigkeit des Tuns, Ängste, die sich auf die Familie und die Arbeitswelt beziehen oder keinen Bezug haben, Minderwertigkeitskomplexe, Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Konzentrationsschwäche, schlechte Stimmungslage, "Problemeffressen", Zunahme der Unselbständigkeit, Aufsuchen des Bettes, motorische Hemmung, Suizidgedanken und Verlust des Zukunftsbezuges.

Die bleibenden Persönlichkeitsveränderungen nach der Erkrankung sind qualitativ denen während der Erkrankung gleich, sie sind jedoch in der Intensität nicht so ausgeprägt.

Die Ergebnisse des FPI-Tests zeigen eine auffallend einheitliche Beurteilung der eigenen Person bei allen Patienten. Die Abweichungen können aus der Familiensituation heraus interpretiert werden. Am augenfälligsten sind die Abweichungen in der Selbsteinschätzung bei dem einzigen männlichen Patienten, was mit dem Rollenbild des Mannes in unserer Gesellschaft zu erklären ist. Er gibt in einigen Punkten des FPI-Tests die Eigenschaftsbereiche an, die den Rollenerwartungen gerecht werden und seinem Ich-Ideal entsprechen.

Zwischen Selbst- und Fremdbild herrscht eine weitgehende Übereinstimmung. Diese Tatsache läßt sich damit erklären, daß die depressive Persönlichkeit nicht dazu fähig wäre, mit Personen zusammenzuleben, die von ihr stark divergierende Vorstellungen hätten und ein oft wechselndes Rollenverhalten erwarten würden.

IV. Zusammenfassung

Der einleitende Teil macht den Leser mit der Problematik des Themas, mit den Patienten und mit der Arbeitsweise bei dem Aufbau dieser Untersuchung vertraut.

Das erste Kapitel des Hauptteils behandelt den Lebenslauf, die soziale Herkunft und die Familienstruktur. Die soziale Herkunft der Patienten ist sehr unterschiedlich. Ein Teil stammt aus einem dörflichen, der andere Teil aus einem städtischen Milieu. Die Schulbildung reicht von der Grundschule bis zum Lyceum. Als Gemeinsamkeit läßt sich die Herkunft aus Familien mit handwerklichen Berufen nennen, die sozial völlig angepaßt waren und die sittlichen Normen ihrer Zeit an die Kinder tradierten. Alle vier Patienten planten schon frühzeitig einen sozialen Aufstieg, den sie zum Teil selbst erreichten. Wenn ihnen dieser nicht gelang, versuchten sie, sich indirekt über ihre Kinder diesen Wunsch zu erfüllen. Dieses Streben nach Berufen und Positionen, die von der Gesellschaft höher bewertet werden, läßt auf eine Unzufriedenheit mit den persönlichen Gegebenheiten schließen, sowie auf eine starke Ausrichtung an den Leistungsidealen und auf eine ständige Bereitschaft, diesen Idealen durch Arbeit und Fleiß näherzukommen.

Eine solche Erwartungshaltung der eigenen Person und den Kindern gegenüber ist dazu prädestiniert, psychischen Konfliktstoff zu liefern, da sich Enttäuschungen und Rückschläge nicht vermeiden lassen.

Die Familie erscheint zwar nach außen intakt, es litten aber alle Patienten in der Kindheit und Jugendzeit unter einem stark gestörten Verhältnis zu einem Elternteil, während der andere Elternteil die negativen Folgen für die charakterliche und psychische Entwicklung nicht kompensieren konnte.

Auch die aktuellen Familienbeziehungen stellen sich bei näherer Betrachtung als unbefriedigend heraus, obwohl sie von den Patienten zunächst als gut bezeichnet werden. Dieses Untersuchungsergebnis steht im Gegensatz zu der großen Bedeutung, die der eigenen Familie von den Patienten beigemessen wird. Diese Diskrepanz ist so zu erklären, daß das Leben in der Familie für die depressive Persönlichkeit zwar die geeignetste Lebensform darstellt, weil sie weitgehende Sicherheiten und Schutzfunktionen bietet, daß es aber trotzdem die Patienten überfordert. Diese Überforderung tritt dann ein, wenn eine Änderung im Verhalten verlangt wird, die den Patienten wegen der Rollenrigidität nicht möglich ist. Diese Situationen fallen zeitlich mit dem Beginn depressiver Phasen zusammen.

Die strukturelle Organisation der Familie vollzieht sich unter der Regie der Patienten und hat für diese eine Schutzfunktion. Die ängstliche Grundstimmung und die Unsicherheit führen zu einer weitgehenden Abkapselung dieser Familien.

Der Ordnungssinn übt einen großen Einfluß bei der Gestaltung der häuslichen Dingwelt und der zwischenmenschlichen Interaktionen aus. Die Wohnung und der Arbeitsplatz werden täglich gesäubert und aufgeräumt. Der ganze Tagesablauf wird von der Notwendigkeit determiniert,

eine hohen Sauberkeits- und Ordnungsideal entsprechen zu müssen.

Der ausgeprägte Ordnungssinn wurde in früher Kindheit übernommen, um sich den elterlichen Normen anzugleichen und Konflikte und Strafen zu vermeiden. In späteren Lebensabschnitten hat er die Funktion, die Selbstunsicherheit und Ängstlichkeit zu beherrschen, und Insuffizienzgefühlen, die sich bei gleichzeitig vorhandenem erhöhten Selbstanspruch leicht einstellen können, zu begegnen.

Die Antworten auf die Frage nach dem Lebensplan und Lebensziel beinhalten das Thema Leistung in Beruf und Familie. Alle Patienten planten schon frühzeitig einen sozialen Aufstieg.

Als Ich-Ideal nennen sie: Sie möchten stärkere Nervon besitzen, mehr leisten können und belastbarer sein. Sie wünschen sich, über mehr Durchsetzungsvermögen und Arbeitskraft verfügen zu können. Das Außern dieser Wünsche macht deutlich, daß die Patienten das rechte Augenmaß für eine realistische Einschätzung ihrer Leistung verloren haben, weil sie infolge ihrer ständigen Insuffizienzgefühle immer der Meinung sind, noch mehr leisten zu müssen.

Das Angepaßtssein an die sozialen Normen der Gesellschaft ist bei den Patienten stark ausgeprägt. Es scheint so, als wollten sie bei den Mitmenschen nicht auffallen und durch ihr konformes Verhalten Kritik und Konflikten vorbeugen, was ihrer Kommunikationschwäche und Selbstunsicherheit besonders in Gruppensituationen entspricht. Es wird als Schutzhaltung für ihr schwach ausgebildetes Ich interpretiert.

Die Isolationstendenz und Kommunikationsfähigkeit sind in allen Lebensphasen eingeschränkt. Sie entwickeln sich in der Isolation auf Grund der gering ausgeprägten Selbstbewusstseins und der Möglichkeit nicht an den Lebens, der befriedigende Interaktionen ermöglicht. Das geringe Selbstbewusstsein zu sich selbst wird als Mistrust auch auf andere Personen übertragen. Es muß aber betont werden, daß es an dem Mistrust nach Kontakt nicht mangelt, daß die depressive Persönlichkeit jedoch die offene Interaktion oft durch eine selbstsichere Maske behindert. Es entsteht so eine Discrepanz zwischen dem Wunsch nach Kontakt und den zurückgelegten Beziehungen.

Angstlichkeit und Angst resultieren aus dem Mangel an Liebe und Zuwendung in früher Kindheit. Sie war zunächst eine Angst vor dem Vater, von dem die Patienten abhängig waren und wird von ihnen als "Ursprung von der ganzen Sache" beschrieben. Die Angst wurde später so verinnerlicht, daß das Objekt der Angst in den Hintergrund trat, sie sich selbstständigte und eine existentielle Bedeutung und Dimension annahm.

Die aus der Unsicherheit wachsende Angst ist der Drehpunkt im Leben der depressiven Persönlichkeit, von dem aus Aktivitäten frei werden, welche die Angst beherrschen sollen. Sie treten biographisch z.B. als Fleiß, Ordentlichkeit, Treue, Fehlen von Lasten und Aggressionen und Beschränkung der Kontakte in Erscheinung. Diese Aktivitäten und Eigenschaften werden mit der Zunahme der Angst ausgeprägter.

Aggressionen spielen in den Familien der depressiven Patienten keine Rolle. Diese Tatsache läßt sich mit Freud (23) erklären, der hierin das zentrale Problem des Depressiven sah. Die Aggressionen, die ursprünglich einem anderen Objekt gegolten hatten, sollen sich im Verlauf der Krankheitsentwicklung gegen die eigene Person gerichtet haben.

Die extremste Form der Aggressionsverarbeitung, die sich gegen die eigene Person richtet, stellt der Suizidversuch dar.

Das Temperament nimmt in der Charakterstruktur eine ähnliche Stellung ein wie die Aggression: es ist sehr gering ausgeprägt. Die Geschwindigkeit des Bewegungsablaufs und des Gedankenflusses der Patienten nimmt mit der Anzahl der depressiven Phasen ab. Emotionelle Ausbrüche und Überschwenglichkeit bei Gefühlsäußerungen haben die Familienangehörigen bei den Patienten nicht erlebt.

Suchtverhalten und Laster kennen die Patienten und ihre Angehörigen nicht. Die Eigenschaft, kein Laster zu besitzen und kein Suchtverhalten zu zeigen, steht in Zusammenhang mit der Engherzigkeit, dem angepaßten Verhalten gegenüber den sozialen Normen und der großen Ordnungsliebe, die zusammen Exzesse jeder Art und auffälliges Abweichen von der Norm verhindern.

Die Sexualität ist für die Patienten als ein wichtiger Teil der Persönlichkeit, der dazu geeignet ist, Lust, Freude und Bestätigung zu gewinnen, zu einem Problem geworden, weil das

allgemeine Insuffizienzgefühl auch mit Hemmungen auf dem Gebiet der Sexualität einhergeht. In den depressiven Phasen selbst werden die Aktivitäten auf diesem Gebiet gänzlich eingestellt.

Als Kriterien bei der Partnerwahl geben die Patienten an, einen Partner gesucht zu haben, der ihrem ausgeprägten Anlehnungsbedürfnis gerecht werden sollte. Diese Erwartung hat sich in keinem Fall erfüllt. Die Patienten mußten in ihrer Kindheit und Jugendzeit bei den Eltern die notwendige Geborgenheit entbehren und verließen mit einem großen Nachholbedürfnis an emotionaler Zuwendung das Elternhaus. Als Erwachsene sind sie weiterhin auf sich allein gestellt, da ihre Ehepartner ihnen bei der Nachreifung der Persönlichkeit nicht helfen können.

Das Verhalten unter Streßbedingungen läßt sich nur dann richtig beurteilen, wenn man berücksichtigt, was die depressive Persönlichkeit als Streß empfindet. Streß bedeutet für sie nicht, im gewohnten Rahmen mehr leisten zu müssen, wozu sie sehr gut bis zu extremen Leistungen fähig ist; als Streß empfindet sie besonders eine Situation, in der eine Änderung ihrer Fähigkeiten und ihrer bisherigen Aufgaben gefordert wird, oder in der sich die Umweltbedingungen wandeln.

Kompensationsmöglichkeiten und Abwehrverhalten stellen die Leistungssteigerung, berufliche Erfolge, Hilfe durch den Ehepartner oder ein gleichzeitiges somatisches Krankheitsgeschehen dar. Es kann der ganze Lebensstil des Depressiven als Streben nach Kompensation interpretiert werden. Die zwischenmenschlichen Interaktionen und die häusliche Dingwelt werden so ge-

stellt, daß Abwehrmöglichkeiten gegen ein Absinken in die depressive Phase in Reserve gebracht werden. Dazu gehören - wie oben beschrieben - die Beschränkung der Kontakte, der Fleiß, die Ordentlichkeit und das Fehlen von Ängsten und Aggressionen.

Die Persönlichkeitsveränderungen während und nach der Erkrankung werden von den Patienten und ihren Angehörigen gleichlautend beschrieben. Im Vordergrund stehen die Abnahme der Vitalität und der Initiative mit Hemmung des Antriebs, der Verlust der Willens- und Entscheidungskraft, Zweifel, Ängste, Minderwertigkeitsgefühle, Appetitlosigkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, der Verlust des Zukunftsbezuges und Suizidgedanken.

Die bleibenden Persönlichkeitsveränderungen aus der depressiven Phase sind qualitativ denen während der Depression ähnlich, die sind jedoch in der Intensität nicht so ausgeprägt.

Die Ergebnisse des FFI-Tests zeigen eine auffallend einheitliche Beurteilung der eigenen Person durch die Patienten. Die Abweichungen werden einmal mit besonderen Familiensituationen erklärt, zum anderen scheinen sich die Patienten manchmal so zu charakterisieren, wie es ihrem Ich-Ideal entspricht, was wiederum mit geschlechtsspezifischen und gesellschaftlichen Rollenerwartungen zusammenhängt. So charakterisiert sich z.B. der einzige männliche Patient, wie es seinem Ich-Ideal entspricht, und versucht, seine Depression vor der Familie zu verbergen.

Zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung herrscht ebenfalls eine weitgehende Übereinstimmung, die sicherlich eine unabdingbare Voraussetzung für das Zusammenleben der depressiven Persönlichkeit mit anderen Personen darstellt. Denn nur diese weitgehende Übereinstimmung garantiert das konfliktfreie Schonklima, das die Patienten im häuslichen Bereich benötigen.

V. Literaturverzeichnis

1. Baer, R. und S. Lehl: Zylothyme und ihre Angehörigen im gegenseitigen Urteil. Ein Beitrag zur Sozialpsychiatrie der Zylothymie. Int. Pharmakopsychiat. 8: 116 - 126 (1973)
2. Barnes, M.: Meine Reise durch den Wahnsinn. Kindler, München 1973
3. Bateson, G., D. Jackson, R. D. Leung, Th. Lidz, C. Wynne u.a.: Schizophrenie und Familie. Suhrkamp Reihe Theorie (Suhrkamp, Frankfurt/M. 1969)
4. Erichson, W.: Der Vater Schizophrener. Z. Psychother. Med. Psychol. 23: 130 - 140, 189 - 199 (1973)
5. Fleck, G., A. Cornelison, W. Norton und Th. Lidz: Wechselbeziehungen zwischen dem Klinikpersonal und den Familien, Psyche 13: 166 - 173 (1959/60)
6. Gibson, R. W.: The family background and early life experience of the manic depressive patient. Psychiatrie 21: 71 - 90 (1956)
7. Glatzel, J.: Endogene Depressionen. Thieme, Stuttgart 1973
8. Ippich, U.: Interaktionsmuster des Depressiven im sozialen Feld. Mainz 1975
9. Krebs, W.: Die Einstellung des Depressiven zu seiner Krankheit. Mainz 1976

10. Laing, R. D.: Das geteilte Selbst. Eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn.
Kiepenheuer und Witsch, Wl'n 1972
11. Lidz, Th.: Familie und psychosoziale Entwicklung.
Fischer, Frankfurt/M. 1971
12. Lidz, Th.: Schizophrenie und Familie.
Psyche 13: 257 - 267 (1959/60)
13. Lidz, Th., A. Cornelison, S. Fleck,
D. Terry: Spaltung und Strukturver-
schiebung in der Ehe.
Psyche 13: 311 - 330 (1959/60)
14. Lidz, Th., S. Fleck, A. Cornelison,
D. Terry: Elternpersönlichkeiten und
Wechselbeziehungen in der Familie.
Psyche 13: 302 - 315 (1959/60)
15. Lidz, Th., A. Cornelison, S. Fleck,
D. Terry: Irrationalität als Familien-
tradition.
Psyche 13: 316 - 330 (1959/60)
16. Lidz, Th., A. Cornelison, S. Fleck,
D. Terry: Der Vater.
Psyche 13: 268 - 287 (1959/60)
17. Lidz, Th., S. Schafer, S. Fleck,
A. Cornelison, D. Terry: Zur Diffe-
renzierung der Persönlichkeit und
Symptome bei einseitigen Zwillingen.
Psyche 13: 346 - 367 (1959/60)
18. Maskow, L.: Die Umwelt des Depressiven
in seiner natürlichen Umgebung. Mainz 1974

19. Peters, U. H.: Interpretation als psychopathologische Methode. *Psychiatria clinica* 6: 81 - 95 (1973)
20. Richter, H. E.: Eltern, Kind und Neurose. Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg 1969
21. Richter, H. E.: Patient Familie. Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg 1972
22. Richter, H. E.: Die Gruppe. Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg 1973
23. Schulte, W.: Über das Wesen melancholischen Lebens und die Möglichkeiten der Beeinflussung. Hippokrates Verlag, Stuttgart 1965
24. Schulte, W., W. Mende: Melancholie in Theorie, Klinik und Behandlung. Thieme Verlag, Stuttgart 1969
25. Schuler, D. E., J. R. Holzberg, S. Fleck, A. Kay und Th. Lidz: Die Diagnostik der Familienwechselbeziehungen mit einer Serie projektiver Tests. *Psyche* 13: 377 - 393 (1959/60)
26. Tellenbach, H.: Melancholie. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1974

LEBENS LAUF

Am 24. 7. 1949 wurde ich als zweites von fünf Kindern des Arztes Dr. Horbert Löffler in Frankfurt am Main geboren. Nach meinem zweiten Schuljahr zog meine Familie nach Bad Vilbel, einem Vorort von Frankfurt.

Nach dem vierten Grundschuljahr wurde ich im humanistischen Heinrich-von-Gagern-Gymnasium in Frankfurt am Main aufgenommen, wo ich 1968 das Abitur bestand.

Bis zu meinem zweiten klinischen Semester studierte ich an der Justus-Liebig-Universität in Gießen, von wo ich im Wintersemester 1972/73 an die Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz wechselte. Dort legte ich im Sommer 1975 das medizinische Staatsexamen ab.

Seit dem 1. 6. 1973 bin ich, bisher kinderlos, verheiratet.

Meine Medizinalassistentenzeit begann am 1. 1. 1976 am Landkrankenhaus in Coburg, wo ich jeweils vier Monate den Fächern Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Chirurgie widmete. Im Februar 1977 erhielt ich die Approbation als Arzt und arbeitete als Vertretung in einer Landarztpraxis, bis ich die Einberufung zur Bundeswehr erhielt. Dort war ich vom März 1977 bis zum Mai 1978 im Rahmen der Wehr-

pflieht als Stabsarzt tätig. Seither
bin ich in der Praxis meines Vaters
als Assistenzarzt angestellt.

Ich danke an dieser Stelle Herrn Professor
Dr. U. W. Peters für seine Beratung und
Hilfe beim Anfertigen dieser Arbeit.

